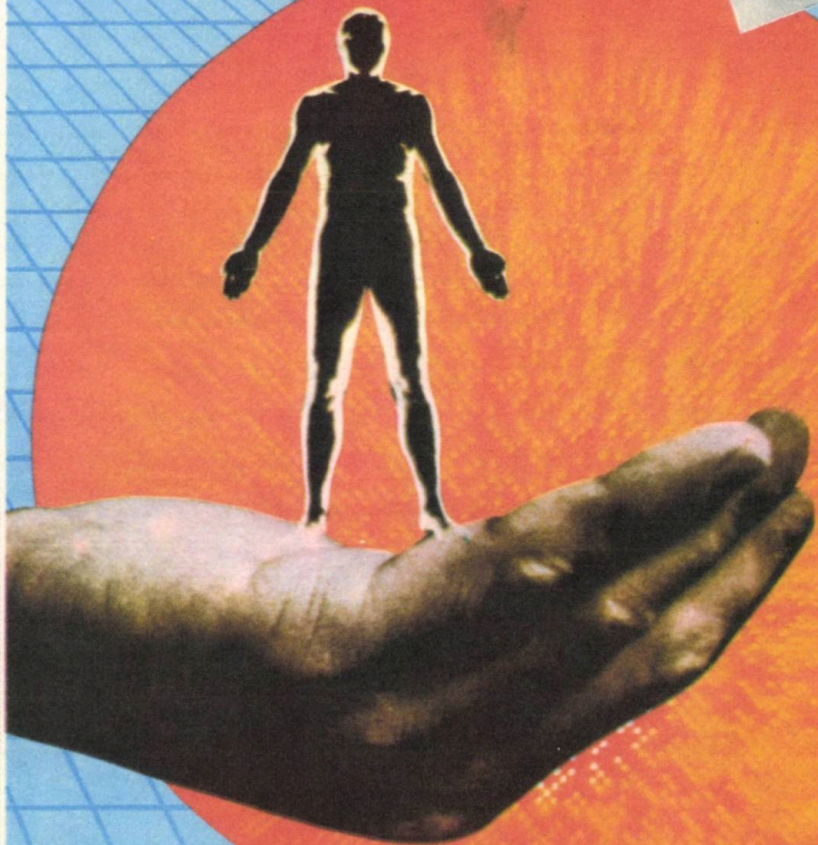
I 45662

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII '85

ALMANAHUL

'85

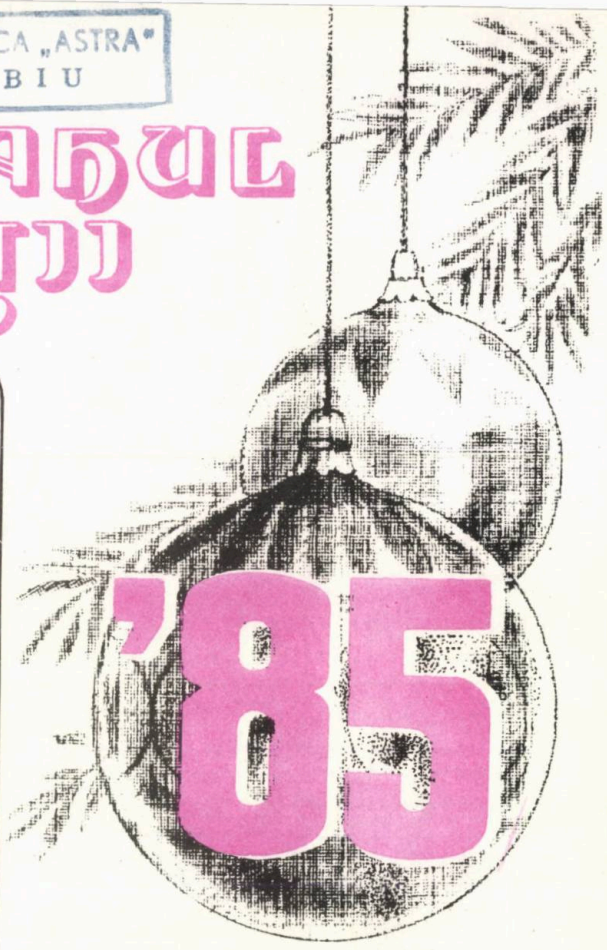


sănătății

93310

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII



AU COLABORAT:

AURA ACOSTĂCHIOAIEI, PROF. DR. DOC. **DAN ALESSANDRESCU**, **SOFIA ALEXANDRU**, DR. **DINU ANTONESCU**, DR. **ELENA BARNEA**, CONF. DR. **M. BARNEA**, CONF. DR. **OCT. BĂLTĂCEANU**, CONF. DR. **GH. BUCUR**, CONF. DR. **TR. BUDIU**, **TITEL CANACHE-POPA**, DR. **I. COJOCARU**, DR. **FL. COLONAȘ**, FARM. **LUDMILA COSMOVICI**, CONF. DR. **M. COTRĂU**, PROF. DR. **M. DAVID**, PROF. DR. **AL. DIMITRESCU**, CONF. DR. **I. DRĂGAN**, DR. **R. DUDA**, DR. **C. DUMITRACHE**, CONF. DR. **C. DUMITRESCU**, PROF. DR. DOC. **P. FIRU**, **ELENA LEONORA FRUGINĂ**, DR. DOC. **I. GHERMAN**, DR. **AL. GHEORGHIU**, PROF. DR. DOC. **I. HAULICĂ**, **PIA HAȚEGAN**, DR. **IOANA IACOB**, DR. **OCT. IENIȘTEA**, DR. **SABIN IVAN**, DR. **ARTHUR KARASSI**, **ELIZA MADOLCIU**, PROF. **C. MANOLACHE**, DR. **MIHAELA MARIAN**, DR. **FLOREA MARIN**, DR. **M. MATEICIUC**, **D. C. MAZILU**, DR. **MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU**, DR. **I. MUNTEANU**, **I. MURGAN**, **I. NEGREANU**, **NIC. NICOLAESCU**, **A. NICOLESCU**, PROF DR. **V. NITZULESCU**, DR. **OVIDIU OPRIAN**, CONF. DR. DOC. **CORNELIA PĂUNESCU**, CONF. DR. DOC. **V. PETRESCU-COMAN**, CONF. DR. **EMIL A. POPESCU**, DR. **OCT. POPESCU**, PROF. DR. **VALERIU POPESCU**, DR. **M. RĂDULESCU**, DR. **GH. ROMANESCU**, DR. **I. SABĂU**, **ADAM STOICA**, **ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR**, **PAUL ȘTEFĂNESCU**, **SANDU ȘTEFĂNESCU**, PROF. DR. DOC. **LOUIS ȚURCANU**, DR. **G. UNTEANU**, DR. **ȘT. NICA-UDANGIU**, **I. VULPESCU**, **GH. ZARAFU**, FARM. **L. ZISU**.

REDACTOR : *I. MURGAN*

SECRETAR DE REDACȚIE :
FLOAREA NIȚĂ

TEHNOREDACTOR : *N. PANAITIDE*

PREZENTAREA GRAFICĂ :
CRISTEL RUDOLF,
DORANA COȘOVEANU

EDITURA MEDICALĂ

BUCUREȘTI

93310

TOVARĂȘUL NICOLAE CEAUȘESCU

Secretar general al Partidului Comunist Român
Președintele Republicii Socialiste România

CALENDAR '85

	IANUARIE
L	7 14 21 28
M	1 8 15 22 29
M	2 9 16 23 30
J	3 10 17 24 31
V	4 11 18 25
S	5 12 19 26
D	6 13 20 27

	FEBRUARIE
L	4 11 18 25
M	5 12 19 26
M	6 13 20 27
J	7 14 21 28
V	1 8 15 22
S	2 9 16 23
D	3 10 17 24

	MARTIE
L	4 11 18 25
M	5 12 19 26
M	6 13 20 27
J	7 14 21 28
V	1 8 15 22 29
S	2 9 16 23 30
D	3 10 17 24 31

	APRILIE
L	1 8 15 22 29
M	2 9 16 23 30
M	3 10 17 24
J	4 11 18 25
V	5 12 19 26
S	6 13 20 27
D	7 14 21 28

	MAI
L	6 13 20 27
M	7 14 21 28
M	1 8 15 22 29
J	2 9 16 23 30
V	3 10 17 24 31
S	4 11 18 25
D	5 12 19 26

	IUNIE
L	3 10 17 24
M	4 11 18 25
M	5 12 19 26
J	6 13 20 27
V	7 14 21 28
S	1 8 15 22 29
D	2 9 16 23 30

	IULIE
L	1 8 15 22 29
M	2 9 16 23 30
M	3 10 17 24 31
J	4 11 18 25
V	5 12 19 26
S	6 13 20 27
D	7 14 21 28

	AUGUST
L	5 12 19 26
M	6 13 20 27
M	7 14 21 28
J	1 8 15 22 29
V	2 9 16 23 30
S	3 10 17 24 31
D	4 11 18 25

	SEPTEMBRIE
L	2 9 16 23 30
M	3 10 17 24
M	4 11 18 25
J	5 12 19 26
V	6 13 20 27
S	7 14 21 28
D	1 8 15 22 29

	OCTOMBRIE
L	7 14 21 28
M	1 8 15 22 29
M	2 9 16 23 30
J	3 10 17 24 31
V	4 11 18 25
S	5 12 19 26
D	6 13 20 27

	NOIEMBRIE
L	4 11 18 25
M	5 12 19 26
M	6 13 20 27
J	7 14 21 28
V	1 8 15 22 29
S	2 9 16 23 30
D	3 10 17 24

	DECEMBRIE
L	2 9 16 23 30
M	3 10 17 24 31
M	4 11 18 25
J	5 12 19 26
V	6 13 20 27
S	7 14 21 28
D	1 8 15 22 29

CALENDAR '86

	IANUARIE
L	6 13 20 27
M	7 14 21 28
M	1 8 15 22 29
J	2 9 16 23 30
V	3 10 17 24 31
S	4 11 18 25
D	5 12 19 26

	FEBRUARIE
L	3 10 17 24
M	4 11 18 25
M	5 12 19 26
J	6 13 20 27
V	7 14 21 28
S	1 8 15 22
D	2 9 16 23

	MARTIE
L	3 10 17 24 31
M	4 11 18 25
M	5 12 19 26
J	6 13 20 27
V	7 14 21 28
S	1 8 15 22 29
D	2 9 16 23 30

	APRILIE
L	7 14 21 28
M	1 8 15 22 29
M	2 9 16 23 30
J	3 10 17 24
V	4 11 18 25
S	5 12 19 26
D	6 13 20 27

	MAI
L	5 12 19 26
M	6 13 20 27
M	7 14 21 28
J	1 8 15 22 29
V	2 9 16 23 30
S	3 10 17 24 31
D	4 11 18 25

	IUNIE
L	2 9 16 23 30
M	3 10 17 24
M	4 11 18 25
J	5 12 19 26
V	6 13 20 27
S	7 14 21 28
D	1 8 15 22 29

	IULIE
L	7 14 21 28
M	1 8 15 22 29
M	2 9 16 23 30
J	3 10 17 24 31
V	4 11 18 25
S	5 12 19 26
D	6 13 20 27

	AUGUST
L	4 11 18 25
M	5 12 19 26
M	6 13 20 27
J	7 14 21 28
V	1 8 15 22 29
S	2 9 16 23 30
D	3 10 17 24 31

	SEPTEMBRIE
L	1 8 15 22 29
M	2 9 16 23 30
M	3 10 17 24
J	4 11 18 25
V	5 12 19 26
S	6 13 20 27
D	7 14 21 28

	OCTOMBRIE
L	6 13 20 27
M	7 14 21 28
M	1 8 15 22 29
J	2 9 16 23 30
V	3 10 17 24 31
S	4 11 18 25
D	5 12 19 26

	NOIEMBRIE
L	3 10 17 24
M	4 11 18 25
M	5 12 19 26
J	6 13 20 27
V	7 14 21 28
S	1 8 15 22 29
D	2 9 16 23 30

	DECEMBRIE
L	1 8 15 22 29
M	2 9 16 23 30
M	3 10 17 24 31
J	4 11 18 25
V	5 12 19 26
S	6 13 20 27
D	7 14 21 28

DIN SUMAR

- QUO VADIS MEDICINA ?
- NATALITATEA ŞI SPORUL NATURAL AL POPULAŢIEI
- STERILITATEA CUPLURILOR
- BIORITMUL FEMININ, LARG CADRU DE AMELIORĂRI-OPTIMIZĂRI MEDICO-SOCIALE
- URMĂRILE AVORTULUI
- VIAŢA PSIHOAFECTIVĂ A COPILULUI ÎNAINTE DE NAŞTERE
- DISFUNCŢIA CEREBRALĂ MINORĂ LA COPIL
- O BOALĂ A COPILĂRIEI DES ÎNTÎLNITĂ : VEGETAŢIILE ADENOIDE
- INFECŢIA URINARĂ LA COPIL
- CONVULSIILE LA COPIL
- ÎNTÎRZIEREA CREŞTERII STATURALE A COPIILOR
- MIGRENA LA COPIL
- ALIMENTAŢIA RAŢIONALĂ ŞTIINŢIFICĂ A COPIILOR
- UN FLAGEL AL LUMII MODERNE : CARIA DENTARĂ
- CUM FUNCŢIONEAZĂ CREIERUL ?
- INFARCTUL RETINIAN
- DE VORBĂ CU STUDENŢII ŞI NU NUMAI CU EI : FEBRA EXAMENELOR
- JUVENTOPSIHIATRIA PREVENTIVĂ : PREVENIREA ŞI COMBATEREA ÎMBOLNĂVIRILOR PSIHICE LA POPULAŢIA TÎNĂRĂ
- GIMNASTICA ENERGETICĂ
- STAREA FEBRILĂ
- AUTOMEDICAŢIA. UZUL ŞI ABUZUL DE MEDICAMENTE. EFECTELE SECUNDARE ALE MEDICAMENTELOR. BOALA IATROGENĂ.
- ARTA DE A TRĂI A CORONARIANULUI
- MECANISME DE APĂRARE BRONHO-PULMONARĂ
- DATE NOI PRIVIND GRĂSIMILE ALIMENTARE ŞI ATEROSCLEROZA
- DE LA VRĂJI LA DROGURI PSIHOTROPE
- VĂ PLACE CEAIUL ?
- VECHEA ŞCOALĂ MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ CLUJANĂ : CENTENARUL A DOI EMINENŢI REPREZENTANŢI : PROF. IULIU HAŢIEGANU ŞI PROF. TITU VASILIU
- ŞI TOTUŞI... „TIMPUL A AVUT RĂBDARE"...
- DIN TULBURĂRILE VORBIRII : BÎLBÎIALA
- RADIAŢIILE RÖNTGEN ÎN STUDIUL AUTENTICITĂŢII OPERELOR ISTORICE ŞI DE ARTĂ
- CANDIDOZA BUCALĂ LA VÎRSTNICI, MULT MAI FRECVENTĂ DECÎT O BĂNUIM
- CÎTEVA SEMNE CARE TREZESC SUSPICIUNI DE BOLI PARAZITARE
- GHIŢĂ SPIRIDUŞ ŞI TENIA
- FRACTURILE
- O PROBLEMĂ OMNIPREZENTĂ : POLUAREA MEDIULUI
- APORTUL ECOTOXICOLOGIEI LA PROTEJAREA MEDIULUI
- ÎNVĂŢAŢI MEDICINĂ FĂRĂ PROFESOR !
- ÎN LUPTĂ CU ANII
- TULBURĂRI PSIHOLOGICE ŞI PSIHOPATOLOGICE ÎN PERIOADA PENSIONĂRII
- ANIMALELE, PRIETENI ŞI DUŞMANI AI SĂNĂTĂŢII OAMENILOR
- ZONA ZOSTER
- PAGINI DE UMOR
- JOCURI REBUSISTE

EDITORIAL

Ne aflăm în pragul unui nou an în desăvîrşirea construcţiei socialiste, an ce poartă, adînc implantată, amprenta unui bogat tezaur de sarcini şi obiective trasate prin documentele adoptate de cel de al XIII-lea Congres al P.C.R.

Realizările obţinute în primii patru ani ai cincinalului actual, precum şi prevederile stabilite pentru anul 1985, asigură — în linii generale — îndeplinirea cu succes a hotărîrilor Congresului al XII-lea şi au deschis largi perspective pregătirii cadrului economico-social pentru transpunerea în viaţă, în condiţii optime, temeinic fundamentate, a Directivelor Congresului al XIII-lea al P.C.R. cu privire la dezvoltarea României în cincinalul 1986—1990 şi a orientărilor de perspectivă pînă în anul 2000.

La baza tuturor succeselor înregistrate pînă în prezent se află munca, eforturile depuse de întregul popor, sub conducerea înţeleaptă a partidului, chezăşia făuririi noii orînduiri pe pămîntul patriei, a creşterii bunăstării şi fericirii celor ce muncesc.

În centrul preocupărilor actuale se situează intensificarea laturilor calitative ale vieţii, dezvoltarea armonioasă şi perfecţionarea activităţii tuturor domeniilor vieţii economico-sociale.

„Tot ceea ce am realizat şi ne propunem să înfăptuim în viitor se datorează oamenilor, depinde de oameni" — a subliniat tovarăşul Nicolae Ceauşescu, secretarul general al partidului, preşedintele Republicii Socialiste România.

În spiritul umanismului revoluţionar ce caracterizează întreaga politică a partidului şi statului nostru în cadrul programului general de ridicare a gradului de civilizaţie şi cultură a poporului, societatea asigură oamenilor muncii, tuturor cetăţenilor, condiţii tot mai bune pentru întărirea continuă a stării de sănătate, pentru ocrotirea şi consolidarea familiei, creşterea noii generaţii în cadrul unei ambianţe general-favorabile dezvoltării sale sănătoase, armonioase, menţinerea vigorii şi tinereţii întregii naţiuni.

După cum s-a subliniat la Congresul al XII-lea al P.C.R., în ansamblul procesului de înnoire şi îmbunătăţire a nivelului de trai material şi spiritual al întregului popor, ocrotirea sănătăţii a ocupat un loc dintre cele mai importante, fiind considerată ca latură fundamentală a noii calităţi a vieţii în societatea modernă.

Ansamblul realizărilor obţinute pe tărîm economic, social, sanitar ne oferă prilej de îndreptăţită mîndrie, mai ales dacă ţinem seama de locul ce-l ocupa în Europa România antebelică. Dintr-o ţară care era considerată preponderent agrară şi dependentă economic, am devenit o ţară în plin avînt de dezvoltare, cu o puternică bază tehnico-materială, cuprinzînd o industrie modernă şi complexă, o agricultură ferm angajată pe calea dezvoltării intensive. Într-o etapă istorică relativ scurtă, România a parcurs paşi mari, care au apropiat-o din punct de vedere al sănătăţii publice de nivelul atins de alte ţări cu lungi perioade de prosperitate şi cu adînci tradiţii în domeniul medicinii.

EDITORIAL

Păşind în noul an, avem prilejul să facem bilanţul unui an de muncă pusă în slujba sănătăţii oamenilor, să trecem în revistă efectul străduinţilor noastre şi totodată să privim cu deplină încredere şi cu simţul responsabilităţii profesionale la obiectivele ce ne aşteaptă în 1985, obiective pe care trebuie să le îndeplinim cu devotament şi cu spiritul muncii angajante, revoluţionare.

Dispunem în prezent de o puternică reţea de instituţii medico-sanitare, amplasată pe întreg teritoriul ţării, cu preponderenţă în zonele în care s-au creat sau sînt în curs de dezvoltare puternice unităţi industriale şi colectivităţi mari, cu oameni ai muncii ce făuresc bunurile materiale ale societăţii.

Numărul dispensarelor medicale a atins cifra de 5 712, cel al dispensarelor-policlinici este de 438, cuprinzînd peste 5 000 de cabinete de specialitate. Avem instituţii spitaliceşti şi unităţi sanitare cu un total de 210 753 de paturi, realizînd un indice de 9,34 paturi la o mie de locuitori. Numărul cadrelor sanitare este de peste 176 000, dintre care 44 484 medici şi 131 907 personal sanitar mediu. Ca urmare a dezvoltării continue şi modernizării activităţii de asistenţă medicală şi de cercetare ştiinţifică românească, dispunem în prezent de unităţi clinice şi instituţii specializate, de înaltă tehnicitate, unităţi de vîrf ale medicinii, ce ţin pasul cu tot ceea ce este mai nou în medicina universală. Cercetarea şi învăţămîntul medical, răspunzînd cerinţelor epocii înnoitoare prin care trecem, asigură creşterea cantitativă şi calitativă a medicinii româneşti, în ritmul impus de progresul tehnico-ştiinţific contemporan şi de rapidă dezvoltare economico-socială a ţării.

Aşa cum prevăd Directivele celui de al XIII-lea Congres al P.C.R., la baza sistemului de ocrotire a sănătăţii se situează — ca obiectiv de primă însemnătate — perfecţionarea activităţii tuturor unităţilor sanitare, acordîndu-se prioritate acţiunilor profilactice pentru prevenirea cauzelor care influenţează negativ sănătatea publică, precum şi asigurării unei dezvoltări sănătoase şi viguroase a poporului.

S-a subliniat că se vor extinde cercetările pentru creşterea calităţii vieţii, în corelare cu dezvoltarea forţelor de producţie, promovarea stării de sănătate a tuturor cetăţenilor, creşterea longevităţii şi a duratei vieţii active, stimularea natalităţii şi asigurarea sporului natural al populaţiei.

Personalul medico-sanitar este astăzi confruntat cu o morbiditate a cărei structură se aseamănă tot mai mult cu structura îmbolnăvirilor înregistrate în ţări dezvoltate; predomină afecţiunile cardiovasculare, tumorile, bolile aparatului respirator, bolile hepato-digestive, alte boli metabolice; la acestea se adaugă urmările accidentelor rutiere, care de asemenea au devenit o problemă pentru unităţile profilate pe asistenţa traumatologică a celor ce necesită astfel de îngrijiri.

Promovînd medicina omului sănătos, în anul 1985 se va pune accentul pe aplicarea, pe un front larg, a măsurilor de combatere şi prevenire, stabilite de normele şi programele de lucru elaborate în ultimii ani, cu deosebire în afecţiunile ce reprezintă vîrfuri

EDITORIAL

de morbiditate, ca urmare a modificărilor structurale survenite în patologia umană sub influența unor factori noi apăruți în condițiile vieții urbanizate și industrializate. Efectul pozitiv al acestor acțiuni profilactice este condiționat de activitatea permanentă, susținută și calitativ superioară a cadrelor sanitare, dar în egală măsură și de participarea largă a populației, la buna desfășurare a întregului proces preventiv, inițiat și coordonat de Ministerul Sănătății și de organele sanitare de la nivelul județelor. Interesul marii mase de cetățeni la apărarea și promovarea propriei sănătăți constituie cadrul necesar pentru eficiența maximă a programelor de sănătate ce s-au întocmit de comisiile de specialiști în domeniul profilaxiei și terapiei.

Avem în planul tehnic de lucru pe anul 1985 multiple acțiuni pentru continuarea preocupărilor legate de studiile demografice, de evoluția și cauzalitatea mortalității și morbidității, de ocrotirea și asistența mamei și copilului. Este cunoscut că țara noastră a înregistrat în 1984 cel mai redus indicator al mortalității infantile de pînă acum. Această importantă evoluție pozitivă obligă întregul personal sanitar la noi și eficiente măsuri și acțiuni, pentru ca aceste rezultate să fie menținute și permanent îmbunătățite. Condițiile asigurate în acest domeniu ne dau certitudinea că fenomenele demografice vor continua să parcurgă o curbă ascendentă, pentru a răspunde cerințelor actuale impuse de necesitatea dezvoltării continue a fondului biologic al națiunii. Trebuie adîncit fenomenul de tendință pozitivă privind natalitatea din anul 1984 și generalizate metodele care au determinat această tendință pe întreg teritoriul. Educația sanitară a femeii, a cuplurilor tinere va trebui reconsiderată și readaptată concepției actuale despre sănătate. Personalul sanitar de la toate treptele rețelei de bază și pînă la unitățile medicale de vîrf trebuie să se simtă profund integrat în evoluția pozitivă a fenomenelor demografice, a sanogenezei sociale. Acest personal are un cuvînt ce valorează mult în concepția familiei despre sănătate, de aceea trebuie folosită o metodologie educativ-instructivă adecvată, pentru a proteja femeia în general și a ocroti gravida fiziologică, a apăra pe cea cu risc, a diminua factorii nocivi care deformează fertilitatea și lezează produsul de concepție. Aceasta va conduce neîntrerupt la creșterea vigorii și tinereții națiunii noastre, a populației R.S. România.

Pe aceleași coordonate ale perfecționării activității medico-sanitare se va pune accentul, în continuare, pe organizarea și consolidarea asistenței medicale la locul de muncă, apropierea acesteia de colectivitățile care sînt implicate în procesele de producție industrială. Trecerea centrului de greutate a asistenței medicale la nivelul dispensarelor va necesita o relansare mai rapidă și mai eficace a medicului de medicină generală în procesul de asistență medicală, pentru ca acest cadru al medicinii de bază să-și ocupe locul central ce i se cuvine în complexitatea acestui proces.

Anul 1985 va aduce noi preocupări în buna gospodărire a bazei tehnico-materiale și a fondurilor alocate sectorului ocrotirii sănătății. Modelarea structurii unităților sani-

EDITORIAL

tare în raport cu nevoile reale ale asistenţei medicale a populaţiei este una din principalele acţiuni urmărite de organele de conducere ale sectorului sanitar. Renunţarea la formaţiunile sanitare perimate, devenite ineficiente sau chiar păgubitoare, la unităţile ce nu-şi mai găsesc sensul în contextul unei reţele sanitare în care predomină complexe spitaliceşti mari, ce pot asigura un act medical integral, reprezintă în etapa actuală o sarcină în cadrul preocupărilor întregului personal pentru ridicarea economicităţii asistenţei medicale la toate eşaloanele de asistenţă medicală. Este nevoie să se înlăture orice risipă de fonduri şi materiale sanitare, să se mînuiască pe baze raţionale şi cu mult discernămînt sumele alocate, să se înlăture orice încălcare a normelor financiare. Mijloacele de care dispune reţeaua sanitară în acest scop sînt multiple şi putem cita numai cîteva: evitarea polipragmaziei, scurtarea perioadei de spitalizare la strictul necesar, amplificarea asistenţei medicale la cabinete şi la domiciliu, reducerea numărului analizelor de laborator la necesarul real, utilizarea integrală şi cu maximum de randament a personalului sanitar ş.a. Legarea calităţii actului profesional de preocuparea creşterii eficienţei economice a acestuia constituie un element de fond al medicinii moderne în etapa actuală. În consecinţă, va trebui să se acţioneze cu mai multă exigenţă pe linia gospodăririi chibzuite a cheltuielilor în vederea creşterii eficienţei asistenţei sanitare.

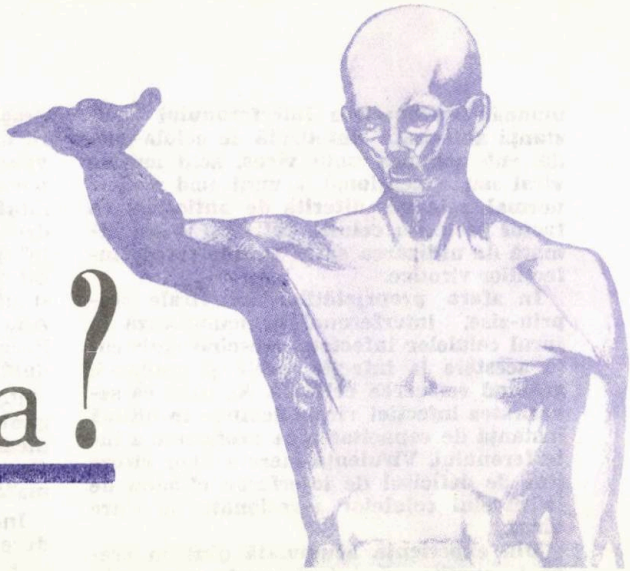
Un rol de primă necesitate va reveni, în continuare, în anul 1985, cercetării ştiinţifice medicale, prin locul ce-l ocupă această activitate în complexitatea ocrotirii sănătăţii. Integrarea cercetării ştiinţifice şi învăţămîntului cu asistenţa medicală a populaţiei determină creşterea generală şi continuă a calităţii şi eficienţei la toate nivelurile ocrotirii sănătăţii, fiind unul din principiile de bază care impulsionează, neîncetat, perfecţionarea muncii. Această integrare este un element organic şi obligatoriu procesului tehnico-ştiinţific în sănătatea publică.

Puternic angajaţi în vastul program elaborat de partid, în îndeplinirea exemplară, neabătută, a indicaţiilor şi orientărilor date de secretarul general al partidului, tovarăşul Nicolae Ceauşescu, medicii, celelalte cadre care lucrează pe tărîmul ocrotirii sănătăţii vor acţiona cu toată abnegaţia, alături de întregul popor, pentru a ridica bunăstarea fizică şi de creaţie a oamenilor muncii la cotele superioare cerute de stadiul dezvoltării actuale a ţării. Implicate în procesul desăvîrşirii construcţiei socialiste, cadrele medico-sanitare vor depune eforturi sporite în anul 1985 pentru a răspunde cu cinste sarcinilor de importanţă majoră ce le revin în înflorirea ştiinţei, culturii şi învăţămîntului, în dezvoltarea neîntreruptă a Republicii Socialiste România.

Dr. AUREL GHEORGHIU
DIRECTOR ADJUNCT LA DIRECŢIA ASISTENŢEI MEDICALE
DIN MINISTERUL SĂNĂTĂŢII

'85

Quo vadis medicina?



PROF. DR. DOC. I. HAULICĂ
I.M.F. IAȘI

Ca știință a vieții și suferinței umane, medicina se găsește la granița dintre științele biologice și cele sociale. Scopul său a fost, este și rămîne cel formulat de Claude Bernard, altădată : să mențină sănătatea, să prevină îmbolnăvirea și să vindece bolile.

Tributară însă progreselor tehnice și concepțiilor filozofice ale epocii, medicina s-a situat dintotdeauna în urma științelor exacte. Așa se explică faptul că, spre deosebire de fizică, chimie și alte domenii ale științelor naturii, care au înregistrat numeroase succese teoretice și practice spectaculare, medicina se găsește în situația dezolantă de a nu ști încă ce este viața, deși trăim în epoca în care omul a cucerit spațiile astrale, coborînd pe lună. De aceea, comenzile sociale ale medicinii depășesc actualmente cu mult cadrul pragmatic al asistenței curativo-profilactice, ridicînd în fața cercetării medico-biologice contemporane numeroase sarcini și probleme noi, teoretice și practice.

Ca exemple pot fi date : descifrarea bazelor bioelectrochimice ale proceselor vitale, precizarea mecanismelor intime de producere a bolilor degenerative și neuropsihice în vederea tratării lor cauzale, studiul reacțiilor de apărare și adaptare a organismului la condițiile noi de viață și muncă, fundamentarea pe baze riguros științifice a recuperării și reabilitării medicale, ca cea de a treia formă de act medical, în afara celui curativ sau profilactic etc.

Este drept că în condițiile revoluției tehnico-științifice contemporane medicina beneficiază substanțial de achizițiile fizicii, chimiei și biologiei moderne, devenind tot mai științifică. Procesul de tehnicizare și chimizare a medicinii a dus atît la perfecționarea aparaturii de cercetare clinico-experimentală, cît și la îmbogățirea arsenalului terapeutic. Deși a trecut timpul descoperirilor spectaculare, cercetarea medico-biologică izbutește în felul acesta să rupă cîte o mică așchie din stînca de granit a necunoscutelor materiei vii normale sau patologice.

Progrese importante s-au făcut în clarificarea mijloacelor naturale de apărare specifică și nespecifică ale organismului. S-a precizat, printre altele, că sistemul limfo-plasmocitar recunoaște diversele substanțe antigenice și le neutralizează cu ajutorul anticorpilor specifici rezultați din modificarea imunoglobulinelor serice. În mod cu totul neașteptat s-a constatat că aparatul imun de apărare contra agresorilor microbieni se poate perverti și acționa împotriva propriului organism, realizînd boli autoimune de autoagresiune. De aici paradoxul actual al medicinii, acela de a căuta metode de frenare a reacțiilor exaltate de apărare imunitară îndreptate împotriva propriilor țesuturi și, îndeosebi, a organelor transplantate. Aceste reacții de intoleranță și respingere a grefelor limitează deocamdată extinderea chirurgiei transplantelor de organe, cu toate rezultatele încurajatoare ale chimioterapiei imunosupresive de tipul imuranului, methotrexatului, endoxanului, serului antilimfocitar și globulinei antilimfocitare.

Progresele imunochimiei și imunobiologiei din deceniile următoare vor îndepărta, desigur, obstacolele care mai stau în calea înlocuirii organelor bolnave transplantate sau artificiale.

Succese importante s-au înregistrat în ultimul timp și în domeniul apărării contra infecțiilor virale care, după cum se știe, dețin o pondere însemnată în patologia

umană. Descoperirea interferonului (substanță antivirală sintetizată de celula-gazdă, sub acțiunea unui virus, acid nucleic viral sau, excepțional, a unui acid nucleic normal, este net diferită de anticorpi) ca factor protector celular antiviral a fost urmată de utilizarea sa în chimioterapia infecțiilor virotice.

În afara proprietăților antivirale propriu-zise, interferonul se acumulează în jurul celulelor infectate, crescînd rezistența acestora la infecția virală și, totodată, grăbind refacerea celulară. Se pare că severitatea infecției virale depinde în ultimă instanță de capacitatea de producere a interferonului. Virulența mare a unor viroze ține de deficitul de interferon eliberat de la nivelul celulelor agresionate de către virus.

Din experiența acumulată pînă în prezent, rezultă că interferonul extras din leucocite sau fibroblaști pare a fi mai eficace în cazul administrării sale în scop profilactic decît curativ. În orice caz, alături de anticorpi, lizozomi, prostaglandine, hormoni locali și alte peptide biologic active, cum sînt angiotensina, bradikinina și endorfinele, interferonul face parte din categoria medicamentelor de azi și mai ales a celor de mîine, fabricate de organismul uman însuși.

Cercetările din ultimul timp dovedesc dealtfel că o serie de droguri clasice de origine vegetală, ca efedrina, muscarina și morfina, se regăsesc sub o formă foarte apropiată în organismul uman. Tipic este cazul endorfinelor și enkefalinelor recent descoperite, cu structură și acțiuni similare morfinei, prezente în formațiunile nervoase centrale implicate în sensibilitatea nociceptivă și termoalgezică. Toxicomania morfinică pare a fi consecința interferării drogurilor pe bază de opiu cu „morfinele" proprii creierului. Acestea s-au dovedit deja a fi dintre cele mai puternice substanțe calmante ale sensibilității dureroase. Analgezia produsă de acupunctură se realizează prin mecanismul eliberării de endorfine.

Pe de altă parte, abordînd problema organismului ca fabricant al unora din medicamentele viitorului, studiile recente compară sistemul imunitar anticorpoformator cu o veritabilă farmacie personală.

În sprijinul unui asemenea punct de vedere pledează și autovaccinarea medicilor și a personalului sanitar contra unor boli ale pacienților lor. Prin autoimunizare se explică efectul favorabil al injectării de limfocite de la medic la copii cu boli virotice, semnalat de cercetătorii americani. Limfocitele implicate în anticorpogeneză și imunizare pot fi transformate în agenți protectori contra unor boli infecțioase sau cancere de natură virală. S-a descris chiar un factor de transfer care asigură autoprotecție la boli și s-a constituit o bancă de astfel de factori protectori. Ca medicament fabricat de organismul uman, factorul de transfer deschide o eră nouă în medicina preventivă.

La rîndul său, lizozomoterapia este considerată drept antibioterapia viitorului. Prin enzimele proteolitice, lipolitice și glicolitice pe care le conțin, lizozomii digeră substanțele ce agresionează celula, contribuind astfel la reacțiile biochimice de apărare celulară.

Genetica s-a dezvoltat, de asemenea impetuos, în ultimile decenii, mai ales după descoperirea acizilor nucleici, ca substrat molecular al informației ereditare. Cercetările de inginerie genetică, onorate pînă în prezent cu cîteva premii Nobel, inclusiv cele din ultimii ani, au dus la descoperirea elementelor mobile ale genomului, precum și la identificarea enzimelor de restricție cu rol de veritabil bisturiu biochimic, ce permit decuparea și transplantarea unor gene, preluate de la animale sau om, pe culturi de bacterii. Bacteria hibridă rezultată capătă proprietăți noi induse de gena transplantată, devenind capabilă să sintetizeze hormoni, alimente, substanțe antipoluante, medicamente etc.

Acest nou domeniu deschide calea manipulărilor genetice în vederea dezvăluirii tuturor misterelor transmiterii ereditare, îmbunătățirii zestrei biologice moștenite, prevenirii diverselor boli sau tare ereditare, precum și a creării unor uzine de

bacterii, care să fabrice substanțe costisitoare, la un preț redus.

În Statele Unite s-a trecut deja la prepararea pe scară industrială a insulinei umane pe culturi ieftine de colibacili grefate cu o genă specifică sintezei de insulină. În Franța, la Institutul Pasteur din Paris, o cultură banală de Escherichia coli, altoită cu o genă specifică, produce ovalbumină.

Încercări reușite se fac în prezent pentru a se obține biosinteza altor hormoni foarte costisitori, cum este somatostatinul. Trebuie spus însă că microgrefa genetică comportă și unele riscuri potențiale. În afară de sinteza de insulină bacteriană identică cu cea umană sau de alte substanțe active, aceasta poate induce, prin modificarea ADN din gene, sinteza unor bacterii și virusuri prevăzute cu proprietăți degenerative de tip canceros, inflamator etc. Practicată însă cu competență și umanism, ingineria genetică se anunță, încă de pe acum, un principal mijloc terapeutic și de prevenție în medicină.

Paralel cu cercetările referitoare la memoria genetică și imunologică, progrese încurajatoare s-au făcut și în domeniul memorizării nervoase. În toate cele trei forme de memorizare este vorba de participarea obligatorie a acizilor nucleici ca principal loc de sinteză a unor peptide specifice. În cazul engramării și prelucrării informațiilor sosite la creier pe căile sensibilității specifice și nespecifice, este vorba de sinteza unor neuropeptide denumite generic conectine, a căror acțiune poate fi stimulată sau inhibată cu ajutorul substanțelor neurotrope actuale. Administrarea la animale a acestor conectine purificate, de tipul scotofobinei descoperită de Ungar și colaboratorii (1971), favorizează procesele de stocare a informațiilor prin mecanismul sintezei de neuropeptide specifice. Inhibarea sintezei proteice cu ajutorul unor antibiotice de tipul actinomicinei și puromicinei tulbură profund capacitatea de memorizare și învățare a animalului. Întrucît antibioticele, ca și radiera, șterg totul, se speră că nu va trece prea mult pînă la folosirea conectinelor ca factori de stimulare a gîndirii și la descoperirea multașteptatelor pilule de învățare și uitare.

Demnă de remarcat sub raportul perspectivelor pe care le deschide este și cursa pasionantă dintre Guillemin și Schally pentru identificarea peptidelor hipotalamice cu rol de neurohormoni reglatori ai secreției hipofizare. După 20 de ani de cercetări competitive, studiile în paralel ale acestora privind structura chimică și acțiunile factorilor de eliberare a principalilor hormoni secretați de hipofiza anterioară au fost răsplătite, în 1977, cu premiul Nobel. Ele deschid o nouă eră în neuroendocrinologie și medicină, în general.

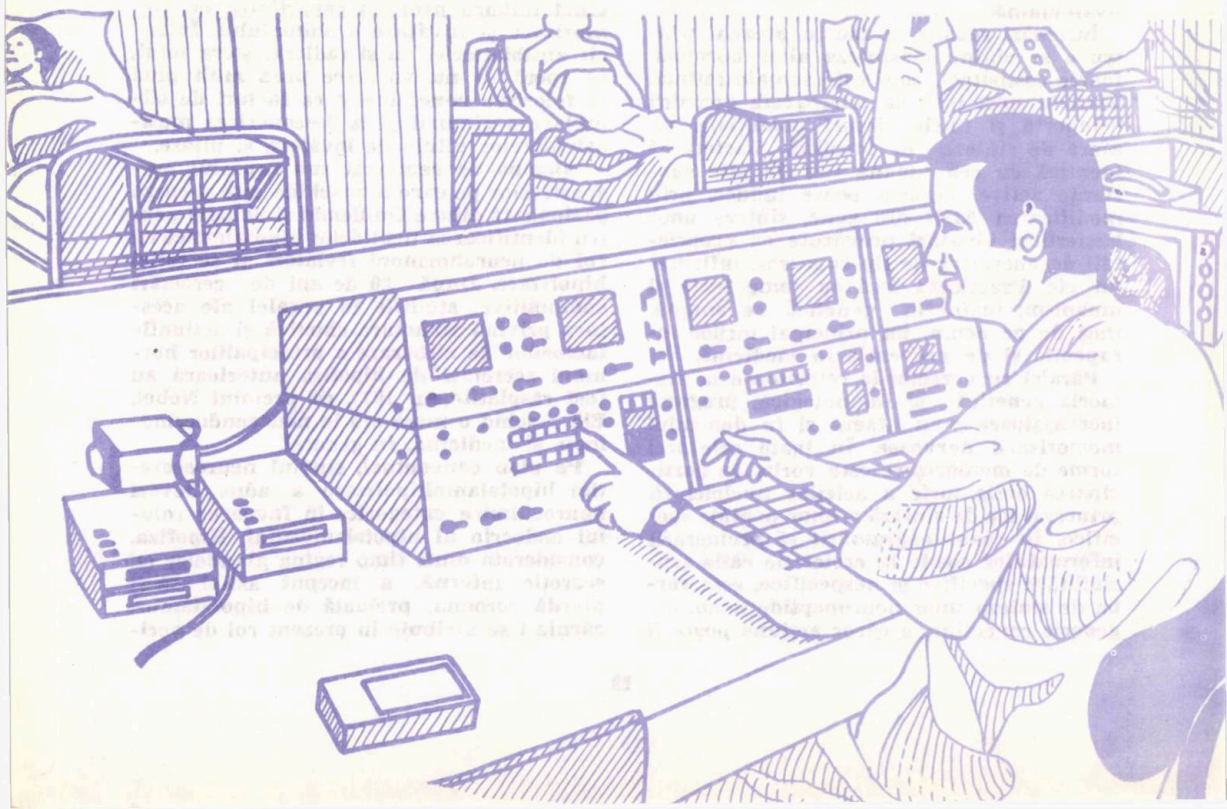
Pe plan conceptual, studiul neurosecreției hipotalamohipofizare a adus dovezi neurochimice categorice în favoarea rolului endocrin al hipotalamusului. Hipofiza, considerată mult timp regina glandelor cu secreție internă, a început astfel să-și piardă coroana, preluată de hipotalamus, căruia i se atribuie în prezent rol de veri-

tabilă glandă endocrină diencefalică. Sub aspect aplicativ, aceste cercetări au deschis calea utilizării anticoncepționalelor și afrodisiacelor naturale de origine hormonală în practica medicală. În prezent se încearcă înlocuirea amestecului de hormoni ovarieni, cu inhibinapeptid izolat din lichidul folicular.

Un interes crescînd se acordă, în ultimii ani, sistemului endocrin difuz denumit și APUD, descoperit de Pearse (1968) în majoritatea organelor și țesuturilor. Celulele neuroglandulare ale sistemului APUD, derivate în mare parte din crestele neurale, sînt prevăzute cu capacitatea de a prelua și decarboxila diverșii aminoacizi precursori ai aminelor biogene, în vederea transformării lor în hormoni locali (tisulari), de tipul serotoninei, histaminei, gastrinei, GIP, VIP, secretinei, pancreozyminei, plasmakininelor, angiotensinei, neurotensinei, substanței P etc. Teritoriul neuroendocrin difuz secretor de hormoni locali, denumit și paracrin, constituie cel de al treilea sector efector al sistemului nervos, alături de sectoarele somatic și vegetativ ale acestuia. Acțiunile stimulatoare sau inhibitorii ale componentei nervo-glandulare paracrine, ca cea de a treia linie efectoare sînt, în general, de mai lungă durată. Ele prelungesc în timp efectele de tip activator sau inhibitor ale mediatorilor chimici și hormonilor clasici.

În sfîrșit, cercetările de etiologie, știința comportamentului și semnificației sale biologice, onorate în 1973 cu premiul Nobel, studiază relațiile dintre actele comportamentale instinctuale, înnăscute, programate deci ereditar, și procesul complex de învățare, în vederea dobîndirii de comportamente noi, adecvate situațiilor nou create. Cerebralizarea și dezvoltarea mai ales a lobului frontal, care reprezintă 25—30% din cele aproximativ 1 350 g ale creierului uman, au asigurat marele salt calitativ al diverselor forme de activitate neuropsihică, specifice omului. Ca ființă biosocială, omul este din ce în ce mai bine înțeles ca produs al interacțiunii dintre programul genetic și influențele exercitate de mediul înconjurător, social. Dacă zestrea ereditară apare depozitată în structura helicoidală a moleculelor de acizi nucleici și transmisă de la o generație la alta prin procese chimice de duplicare a ADN și predare a codului genetic ARN-ului mesager, în vederea sintezei de proteine la nivelul ribosomilor celulari, purtătorul programului social este omul însuși, experiența umană, transmisă din generație în generație, prin educație.

Dealtfel, relațiile reciproce dintre diferitele viețuitoare și mediul lor de viață și, în primul rînd, influența factorilor de mediu asupra condiției umane și invers conturează o nouă specialitate medico-biologică de graniță, denumită ecofiziologie, a cărei pondere este în continuă creștere. Odată cu acumularea noilor fapte clinice și experimentale, numeroase alte domenii ale medicinii moderne au obținut sau sînt pe punctul de a obține statut de nouă specialitate.



Începînd cu diverșii poluanți, inclusiv cei medicamentoși, și sfîrșind cu ritmul trepidant al vieții moderne, numeroși factori de stres agresionează organismul uman neadaptat încă și neînarmat cu reacțiile neuroendocrine metabolice adecvate de apărare.

Nu întîmplător, Organizația Mondială a Sănătății pune accent tot mai mare pe sanogeneză și medicina omului sănătos, alături de clasica patogeneză. Nu este, de asemenea, fără sens biologic voga crescîndă a medicinii naturiste, bazată pe fitoterapie, opoterapie, homeopatie, acupunctură, presopunctură, balneofizioterapie etc. În afara nocivității lor reduse, acestea se adresează, în majoritatea cazurilor, fie unor factori fizici sau chimici naturali bine toleraţi de organism, fie unor substanțe eliberate de organismul însuși, cum rezultă din exemplele date anterior.

În ansamblu, datele inedite prezentate ilustrează ponderea crescîndă a cercetărilor medico-biologice fundamentale în medicina actuală și mai ales în cea viitoare. Ele demonstrează că, paralel cu eforturile științei din ultimile două decenii de a pătrunde cît mai adînc în tainele macrocosmosului astral, s-au întreprins cercetări fertile și în domeniul microcosmosului animal și uman.

Ca om de laborator, preocupat îndeosebi de cercetarea fundamentală, am ferma convingere că asaltul care a început, cu mijloace de cercetare din ce în ce mai adecvate, asupra necunoscutelor din domeniul imunopatologiei, cancerogenezei, activității normale și patologice a creierului, bolilor degenerative cardiovasculare, renale sau hepatice, va duce, într-un viitor nu prea îndepărtat, la descoperirea factorilor de îmbolnăvire și la tratamentul cauzal al acestora. Descifrarea enigmelor care mai persistă în cazul acestor boli de largă răspîndire va îngădui, desigur, punerea accentului pe latura preventivă a medicinii, cunoscut fiind că „un gram de profilaxie face adeseori cît un kilogram de terapie".

Pînă atunci, continuăm a ne găsi în situația alpinistului care privește de la poalele muntelui spre piscul ascuns în nori, consolîndu-se că a călători este mai plăcut decît a poposi.

*****

De la una la alta

Pentru a dormi mai bine, mîncați seara pîine. Iată mecanismul somnifer al acestui aliment nelipsit din alimentația omului. Insulina metabolizează acizii aminați din pîine, cu excepția unuia singur – triptofanul – care este un precursor al serotoninei. Or, serotonina are proprietăți somnifere.

•

Firul de păr a fost tăiat de către oamenii de știință nu numai „în patru", ci în zeci de bucăți. De curînd s-a stabilit că firul de păr conține 40 de substanțe, a căror concentrație variază de la individ la individ. Bolnavii cu diabet juvenil au în compoziția părului mai mult crom, cei cu schizofrenie mai mult plumb și fier și mai puțin cadmiu. Părul studenților mai dotați conține mai mult zinc și cupru și mai puțin plumb, iod și cadmiu. Folosindu-se de analiza părului lui Napoleon, un toxicolog suedez, după ce a găsit în părul acestuia mai mult arsenic, a ajuns la concluzia că împăratul a fost asasinat cu arsenic.

•

Dacă romanii ar fi băut sau fiert vinul în vase de pămînt și nu din plumb, istoria n-ar fi consemnat un Nero, un Tiberiu, un Caligula, ca psihopați. Aceasta este părerea unui medic canadian, D. Nriagu, după studii îndelungate. El susține că, datorită obiceiului de a păstra și de a fierbe vinul în vase de plumb, consumatorii săi se intoxicau cu plumb. De saturnism – boala intoxicării cu plumb – a suferit aproape toată elita romană, care era mare consumatoare de vin fiert în timpul vestitelor libații. O statistică ne demonstrează că nobilimea romană consuma zilnic, în medie, 5 litri de vin. Din pricina consumului mare de vin, Tiberiu era supranumit „Bibere". După afirmațiile lui Pliniu cel Bătrîn, pe întreg imperiul roman se consumau 185 de varietăți de vinuri.

•

Cafeina este cancerigenă, așa se afirmă de către oamenii de știință. Acest efect nociv se datorește acțiunii sale de a împiedica refacerea celulelor obosite, epuizate sau cu activitate dezorganizată. Ba, mai mult, ea contribuie la multiplicarea lor. Cofeina, prezentă în cafeaua noastră „cea de toate zilele", acționează și asupra celulelor sănătoase, împiedicîndu-le înmulțirea. În felul acesta ea contribuie din plin la instalarea mai rapidă a bătrîneții.

Dr. *SABIN IVAN*

NATALITATEA
ŞI SPORUL NATURAL AL POPULAŢIEI

PROF. DR. **VALERIU POPESCU**
CLINICA DE PEDIATRIE, SPITALUL CLINIC DE COPII „23 AUGUST", BUCUREŞTI

O ţară pentru ca să fie puternică trebuie, între alte condiţii, să aibă o natalitate ridicată.

Natalitatea şi mortalitatea sînt cei doi factori din jocul cărora rezultă sporul natural al populaţiei, care constituie elementul de bază al progresului unei naţiuni, cel care defineşte sănătatea şi vigoarea unui popor.

Analiza evoluţiei principalilor indicatori care determină sporul natural al populaţiei evidenţiază, în ţara noastră, tendinţe nesatisfăcătoare.

Mortalitatea generală, indicator fixat în ultimul deceniu la o valoare în jur de 10‰, este puţin influenţabilă, graţie modificărilor survenite pe grupe de vîrstă a populaţiei, care relevă o pondere tot mai însemnată a vîrstei a 3-a, o creştere a duratei medii de viaţă. Aceasta nu înseamnă însă o situaţie nefavorabilă şi comportamentul acestui indicator este în concordanţă cu evoluţia pe plan mondial, cu progresele medicinii româneşti şi eforturile făcute în domeniul ocrotirii sănătăţii. Probabilitatea de deces scade la toate grupele de vîrstă, dar mortalitatea generală creşte pe seama creşterii ponderii grupelor de populaţie vîrstnică în ansamblul general al populaţiei.

Natalitatea scade continuu, din anul 1975 (19,7‰), pînă în anul 1983 (14,3‰) — valoare inferioară aceleia din anul 1965, anul Decretului 770, care reglementează întreruperile de sarcină. Aceasta a condiţionat o scădere paralelă a sporului natural al populaţiei, de la 10,4‰ în 1975, la 3,9‰ în 1983.

Analizele efectuate demonstrează că natalitatea este factorul ce poate fi influenţat din binomul care determină sporul natural al populaţiei. Deoarece proporţiile contingentului fertil au scăzut, de asemenea, în perioada analizată, *posibilitatea prin care natalitatea poate fi crescută, pentru a ameliora sporul natural al populaţiei, este aplicarea cu fermitate a reglementărilor în vigoare privind întreruperile de sarcină*. Or, tocmai în acest domeniu, statisticile arată o situaţie nefavorabilă : *creşterea continuă a întreruperilor de sarcină, ajungîndu-se în anii 1982–1983 la aproximativ 1 300 de întreruperi de sarcină la 1 000 de nou-născuţi vii, iar din acestea peste jumătate sînt întreruperi de sarcină efectuate în alte condiţii decît acelea reglementate în Decretul 770* (677 şi respectiv 628, la 1 000 de nou-născuţi vii).

Rezultă în mod necesar că principala direcţie a ameliorării sporului natural al populaţiei este creşterea natalităţii, realizabilă prin aplicarea fermă a reglementărilor legale privind întreruperile de sarcină şi prin măsuri educative, de formare a unui comportament responsabil al familiilor în domeniul creşterii natalităţii.

Trebuie subliniat că aceste măsuri nu constituie parte componentă a unei acţiuni „de campanie", ci vizează un complex de măsuri aplicabil pe termen îndelungat, capabil să ducă la optimizarea durabilă a evoluţiei demografice în ţara noastră.

Pentru remedierea acestei situaţii grave, creată de scăderea sporului natural al populaţiei, s-au stabilit ample programe, la toate nivelurile, pentru traducerea în viaţă a politicii demografice a partidului şi statului nostru.

Sarcini importante revin reţelei medico-sanitare, în primul rînd reţelelor de obstetrică-ginecologie şi pediatrie.

Astfel, *în domeniul asistenţei materne se impune amplificarea măsurilor pentru creşterea natalităţii*, şi anume :

— optimizarea acţiunii de cunoaştere a familiilor care în primii ani de căsătorie nu au copii, în vederea depistării cauzelor şi asistenţei de specialitate acordate cuplurilor care doresc să aibă copii ;

– perfecționarea activității cabinetelor de combatere a sterilității, pentru a crește numărul familiilor care pot avea copii ;

– dezvoltarea activității cabinetelor de ginecologie pediatrică, în vederea prevenirii sterilității primare, corectîndu-se modificările patologice care pot apărea în anii pubertății ;

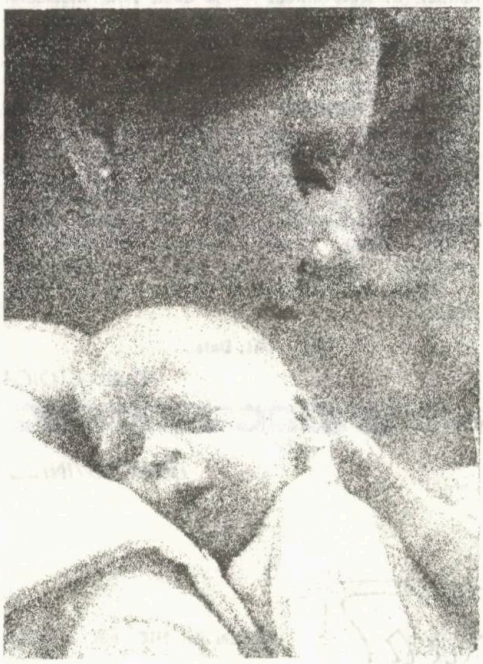
– practicarea de controale medicale periodice femeilor de vîrstă fertilă, în vederea depistării precoce a stării de graviditate ;

– urmărirea stării de sănătate a fiecărei femei gravide, pe tot parcursul, de la depistare pînă la naștere, pentru a asigura evoluția normală, la termen, a stării de graviditate și de a duce la nașterea de copii sănătoși ;

– acordarea unei atenții deosebite gravidelor cu afecțiuni asociate și urmărirea diferențiată a sarcinilor „cu risc crescut" ;

– accent deosebit acțiunilor de educație sanitară, dirijate spre creșterea participării conștiente a tuturor familiilor la îndeplinirea politicii demografice a partidului și statului nostru.

În domeniul asistenței medicale de pediatrie, acțiunile trebuie să aibă ca obiectiv reducerea în continuare a mortalității infantile, care – grație condițiilor deosebite create de partid și de stat rețelei de pediatrie în asigurarea bazei materiale și perfecționării organizatorice a acestei rețele, a îmbunătățirii continue a pregătirii personalului medico-sanitar de specialitate, a progreselor științei medicale românești – se află în prezent la nivelul cel mai scăzut înregistrat vreodată în țara noastră, dar care trebuie să fie scăzută în continuare, pentru a atinge cifrele înregistrate în țările dezvoltate (Suedia, Finlanda etc.).



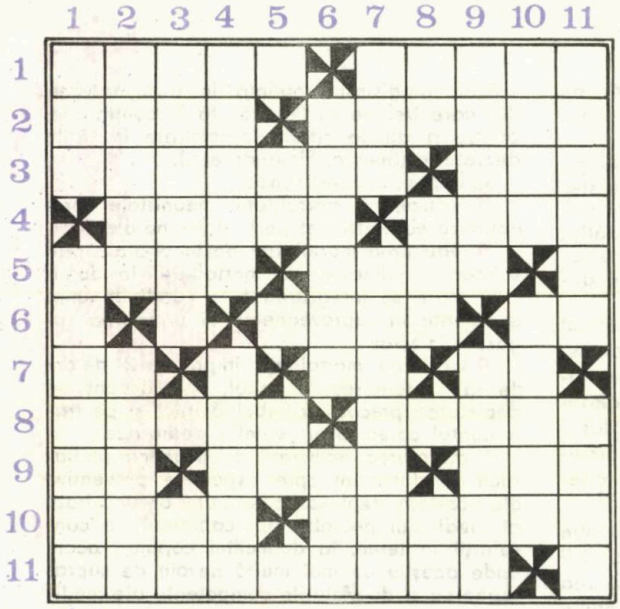
Se impun, în acest sens :

- reducerea mortalității neonatale prin optimizarea asistenței peri- și neonatale ;
- reducerea mortalității postneonatale prin scăderea obligatorie a mortalității la domiciliu, care se înregistrează în condițiile unor deficiențe în supravegherea și urmărirea sugarilor în teren ;
- scăderea mortalității în primele 24 de ore de la internarea în spital, prin accent pe depistarea precoce a îmbolnăvirilor și pe tratamentul corect al urgențelor pediatrice ;
- orientarea activității de practică pediatrică predominant spre aspectele preventive ale acesteia, deplasarea centrului de activitate al medicului pediatru din cabinetul de consultații în teren, la domiciliul copiilor, acolo unde aceștia au mai multă nevoie de supravegherea și de sfaturile competente ale medicului ;
- acordarea unei atenții diferențiate sugarilor și copiilor cu risc crescut de îmbolnăvire (copii prematuri, cu malnutriție protein-calorică, rahitism, anemie carențială etc.), categorie care determină, în mare măsură, mortalitatea infantilă ;
- creșterea continuă a nivelului profesional al personalului medico-sanitar de specialitate ;
- intensificarea activității metodologice la nivelul județelor de către clinicile de pediatrie și obstetrică-ginecologie, în scopul optimizării asistenței medicale materno-infantile.

Există toate motivele să fim optimiști că indicatorii demografici – creșterea natalității și scăderea mortalității infantile – vor fi îmbunătățiți.

Preocuparea și grija permanentă a conducerii de partid pentru această problemă de care depinde viitorul națiunii noastre, existența unei rețele materno-infantile valoroase sînt premisele obiective ale optimizării indicatorilor demografici, a creșterii sporului natural al populației.

Întreaga rețea medico-sanitară este hotărîtă să nu precupețească nici un efort în îndeplinirea datoriei patriotice ca fiecare familie să aibă mai mulți copii, în asigurarea unei tinere generații sănătoase și viguroase, *întrucît copiii sînt expresia valorii biologice a unui popor și situația biologică a copiilor caracterizează nivelul de civilizație a poporului respectiv.*



Maternitate

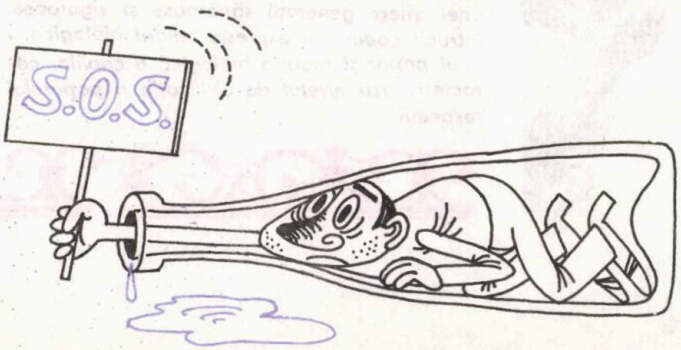
ORIZONTAL : 1. Scriitor francez (1802—1870), care a spus că : „Inima femeii este astfel făcută că, oricît de aridă ar deveni sub influenţa prejudecăţilor şi a exigenţelor etichetei, are întotdeauna un colţişor fertil şi surîzător : este acela destinat dragostei materne" (Alexandre, tatăl) — Sculptor francez (1840—1917), autorul lucrării „Tînăra mamă" (Auguste). 2. Clasic al picturii româneşti (1831—1891), creatorul tabloului „Mama cu fetiţa" (Theodor) — Pictor român contemporan, autorul unui tablou intitulat : „Maternitate" (Sabin). 3. Aducerea pe lume a unui copil (pl.) — „Leagănul" lui Făt-Frumos, în viziunea lui Eminescu. 4. Personificarea durerii materne în mitologia greacă — Regina zeilor, protectoare a căsătoriei şi a maternităţii (mit.). 5. Scriitor din R. D. Germană, autorul nuvelei „Mama şi copilul" (Ludwig) — Prăpastie. 6. Deteriorat — Întrebare. 7. Nichita Stănescu — Primul număr — Locşorul din faţă ! 8. Soţul Mariei, tînăra din nuvela „Fericirea", de Anişoara Odeanu, care naşte doi gemeni (Dragu) — Legumă. 9. Singular (abr.) — Fontă — Strop. 10. Puternic — Fiica lui Jupiter şi a Junonei, protectoare a moaşelor şi a nou-născuţilor (mit.). 11. Proprietate de a transmite copiilor unele caractere ale părinţilor.

VERTICAL : 1. Autorul versurilor : „Lîngă Dunărea bătrînă/În Dobrogea m-am născut.../Mama m-a ţinut de mînă,/Primii paşi cînd i-am făcut/Pe străvechiul scitic lut" („Lîngă Dunărea bătrînă" ; George) — A se naşte din nou. 2. Omeneşti (fem.) — Copil care se alimentează cu laptele mamei. 3. Autovehicul — A doua notă muzicală. 4. Autorul povestirii „Noii născuţi" (Costache) — Fără asperităţi. 5. Eugen Barbu — Prima jumătate dintr-o lună ! 6. Sculptor român, care a dăltuit în piatră o „Mamă cu copil" (Cristian) — Rezultatul unei împărţiri. 7. Haini — Pictor român (1877—1944), autor al unui tablou intitulat „Maternitate" (Octav). 8. Vas de pămînt — Săniuţă (reg.) — Ionel Teodoreanu. 9. Personaj din romanul „Un dac la Roma", de Tudor Popescu — Hrana nou-născuţilor. 10. Alt pictor român (1881—1958), care a transpus pe pînză doi „Gemeni" (Iosif) — Se nasc la maternitate. 11. Nimfe ale izvoarelor şi rîurilor (mit.) — Macagiu.

Dicţionar: Iliţia, Hit, Dates.

ADAM STOICA

FĂRĂ CUVINTE...

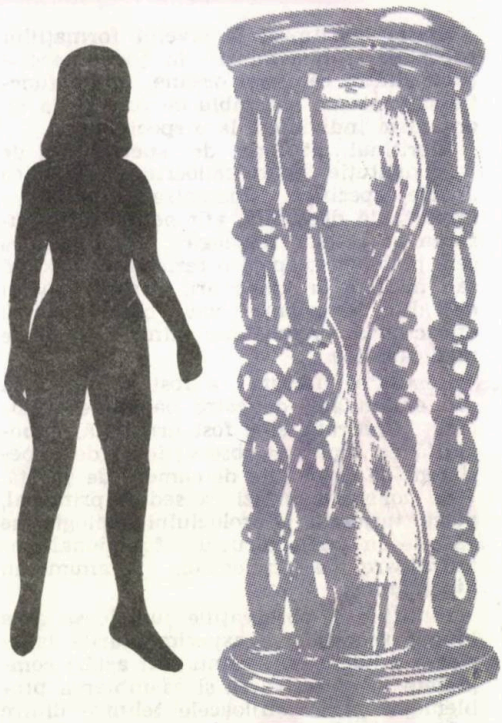


DESEN DE NIC. NICOLAESCU

BIORITMUL FEMININ

Larg cadru de ameliorări-optimizări medico-sociale

CONF. DR. **OCTAV I. BĂLTĂCEANU**
I.M. TIMIŞOARA



Pe o lungă perioadă a existenţei umane boala a fost socotită ca o pedeapsă din partea demonilor, a zeităţilor.

Epoca contemporană, epoca ştiinţelor pozitive — anatomia, fiziologia, biochimia, microbiologia, imunologia etc. —, nu numai că a infirmat implicaţiile supranaturalului ci, mai mult, a creat o bază largă de cunoştinţe noi, recunoscute în structura sistemelor biologice segmentare sau integrative.

Această orientare pozitivă a comutat concepţia de la boala „fatalitate", la aceea că fenomenul bolii îşi are premisele în devierea elementelor cunoscute ale fiziologicului.

În această lumină s-a schimbat şi orientarea în atitudinea acţională medicală căci, decît să se aştepte să se acţioneze pe o patologie avansată, complexă, dificil de tratat, costisitoare, cu rezultate mai mult sau mai puţin îndoielnice, este mai raţional să se acţioneze pe valenţele firave, de început, ale unor lanţuri fiziopatologice cunoscute în esenţa şi dinamica lor, lanţuri care se ţes în structura morfofuncţională a unor viitoare boli.

S-a ajuns astfel la concepţia medicală modernă a „medicinii preventive", a medicinii „omului sănătos" — o medicină mai subtilă şi real eficace.

Printre diversele direcţii de abordare a problemei se numără şi reconsiderarea „BIORITMURILOR", cu implicaţiile practice în diferitele sectoare de activitate umană şi cu deosebire în sectorul medical.

Ce este bioritmul?

Studierea oricărui „sistem" viu arată că procesele vitale nu se desfăşoară la niveluri constante, ci cu faze de „maxim" şi „minim", la intervale regulate, cu o succesiune ritmică. O succesiune de mecanisme în care fiecare acţionează asupra următorului, iar acesta, la rîndul lui, asupra celui dintîi — un adevărat model cibernetic.

Este vorba de un fenomen de distribuţie a timpilor interni, după cum există şi o distribuţie a timpilor externi (anotimpurile, zi-noapte etc.).

Indiferent dacă ritmurile se declanşează spontan sau nu, odată deşteptate, ele capătă caracterul de autoîntreţinere, conform unui mecanism oscilatoriu intern, care s-a numit „ritm endogen", „orologiu intern" etc.

Bioritmurile nu sînt numai autonome, ci şi ereditare, putînd fi cu greu influenţate şi în timp, de variaţiile factorilor externi, pentru a reveni la euritmul de bază, după încetarea acţiunii acestora.

Se consideră astăzi că nici un factor de mediu nu determină apariţia ritmurilor biologice. Există indicii precise asupra originii endogene, autonome şi spontane a bioritmurilor.

Bioritmia variază de la fracţiuni de secundă, la o zi (circadiană), la o lună (selenară), anuală, decenară etc.

Există bioritmuri la nivelul formațiilor subcelulare, bioritmuri în jocul corelațiilor dintre celule și organe, într-o funcție sau într-un ansamblu de funcții, la un organism individual, la o specie etc.

Bioritmul depinde de specie, deci de o constituție neuro-endocrino-metabolică aparte, specifică, sincronizarea avînd o importanță deosebită, atît pentru desfășurarea proceselor fiziologice, cît și pentru cele patologice, adică o rezistență maximă sau minimă la solicitări, stresuri, șocuri de diferite nuanțe sau chiar pentru eficacitatea maximă sau minimă la unele medicamente.

Realitatea aceasta a fost intuită încă din antichitate, de către părintele medicinii, Hipocrate, și a fost urmărită, îmbogățită cu fapte de observație și de experiment de către sute de oameni de știință.

Se consideră astăzi că sediul principal, placa turnantă a orologiului biologic, se găsește în unele structuri funcțional-sintetizatoare ale creierului, și anume în *hipotalamus*.

Intuițiile și observațiile judicioase de-a lungul veacurilor, experimentările laborioase a numeroși savanți sînt astăzi completate în obiectivarea și asamblarea problemelor prin mijloacele tehnice dintre cele mai rafinate (zeci de parametri), urmărirea concomitentă a acestora pe perioada de zile-săptămîni-luni, analiza și condensarea datelor cu ajutorul computerelor. Toate acestea oferă o lume nouă de date, de sinteze organizate, cu răsfrîngeri nebănuite în practică.

S-a putut deci verifica periodicitatea diferitelor manifestări biologice, dispozițiile fizice și psihice, cu unele momente de „forță" și de „slăbiciune", aspecte implicate în cele mai largi probleme de sociologie, igienă mintală, igienă generală, ergonomie, sport, medicină a muncii, medicina curativă etc.

Concluziile ce decurg din aceste realități au fost deja inserate în practica unor mari companii, întreprinderi etc., ca și în problematica transplantului de organ.

Recunoscîndu-se deci importanța practică a bioritmului, care sînt elementele concrete care ne-au interesat, care este contribuția noastră ?

Dacă bioritmul este o realitate a tuturor ființelor vii, deci și a ființei umane, cu cele două sexe, să ne fie permis ca în lumina titlului acestei expuneri să abordăm numai problema bioritmului la femeia gonadic activă (de la pubertate pînă la menopauză) și aceasta numai sub viziunea medicală curativoprofilactică.

Experiența noastră de aproximativ 25 de ani își permite enunțarea unor concluzii numai în legătură cu sexul feminin și numai pe etapa de viață arătată.

În practica de zi cu zi, medicii cunosc mult mai multe dificultăți în descifrarea și precizarea diagnosticului, în urmărirea și tratamentul bolilor la femei decît la bărbați. Aceasta nu din motivul că femeile ar avea boli mai grave, ci prin simplul fapt că, la acestea, tablourile clinice sînt mai difuze, mai imprecise și că acestea din urmă prezintă o fluiditate, o instabilitate ce frizează uneori bizareria.

Nu degeaba romanii afirmau : *„Varium et mutabile semper femina"*, cei din Evul Mediu : *„La donna e mobile"*, iar marele psihiatru Freud : „Marea întrebare la care nu s-a răspuns și la care nu am fost în stare să dau un răspuns, după 30 de ani de studiere, este sufletul feminin"...

Așa-zisele „capricii feminine" din viața de toate zilele, precum și din cadrul manifestărilor patologice, nu mai trebuie bagatelizate cu malițiozitate. Astfel se riscă demascarea unei ignoranțe față de o categorie de fenomene parafiziologice, în cadrul cărora se structurează receptivitatea față de boală, forma de expresie clinică, evoluția, complicațiile bolii.

Organismul feminin, ca unul din entitățile biologice, este și el un „sistem" ierarhic structurat pentru un anumit „scop" — procrearea. Prin urmare, acest sistem, în cadrul strategiei fundamentale arătate, se autoreglează și se adaptează perpetuu, acordînd în același timp o oarecare libertate codificată de oscilație (joc) elementelor morfofuncționale care îl compun.

Codul „regulilor jocului" elementelor amintite este impus de „rațiunea", adică de experiența sistemului biologic, atît la nivelul speciei, cît și la nivelul individual.

Ca orice sistem în care se ignorează ierarhizarea și codul, regulile jocului elementelor componente, în cadrul strategiei fundamentale, sistemul biologic poate intra în criză.

Desigur, ca în orice problemă nouă, mai sînt discordanțe de păreri, dispute, mai

diletante sau mai docte, şi acestea în primul rînd asupra parametrilor cronometrizării fazelor ondulatorii ale bioritmului.

Tocmai de aceea ne-am ales etapa de viaţă a femeii cînd ciclul catamenial (care se produce în timpul sau imediat înaintea menstrelor), fenomen expresiv şi obiectiv, poate constitui cadrul cel mai judicios în analiza noastră. Dealtfel în această direcţie am beneficiat şi de o vastă literatură care se cerea doar organizată pe direcţia unui concept sintetic-unitar.

Analizînd mii de femei gonadic active, care au solicitat consultul medical la dispensar, circumscripţie, policlinică, spital (peste 3 000 de cazuri), mai precis debutul de manifestare a bolii, incidenţa acestuia pe zilele din calendaristica ciclului catamenial de 28 de zile, am constatat următoarele :

1. ca în toate statisticile, adresabilitatea femeii la medic este evident mai mare ca a bărbatului ;

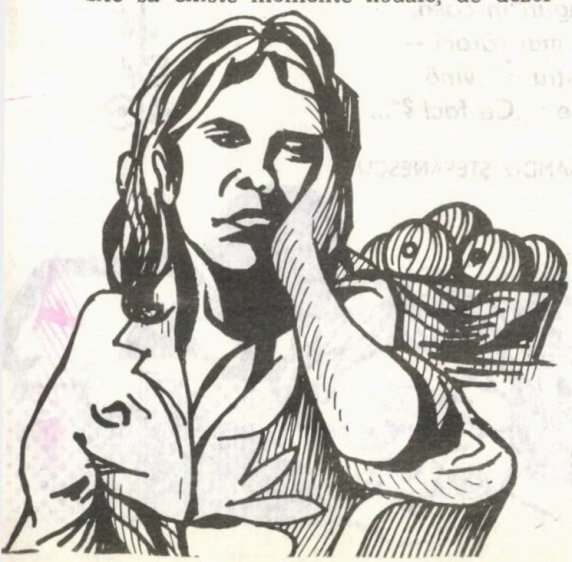
2. există un specific şi numeroase particularităţi ale bolilor legate de sexul feminin ;

3. în ordinea frecvenţei, morbiditatea femeilor gonadic active internate în spital este următoarea : boli abdominodigestive 43%, bronhopulmonare 13%, renourinare 13%, reumatismale 8%, cardiovasculare 7%, varia 16% ;

4. dar, în ceea ce ne interesează în cadrul acestei expuneri, este acurateţea cu care se distribuie debutul celor mai diverse boli, de la cele psihice, pînă la cele organice : *zilele a 7-a, a 14-a, a 21-a şi ultima săptămînă a ciclului catamenial.*

Ce concluzii se pot trage din maniera de apariţie, de eşalonare a diverselor afecţiuni-boli ale femeii gonadic active ?

1. Este probabil ca pe parcursul ciclului catamenial, în ciclicitatea de şapte zile să existe momente nodale, de dezorganizare-reorganizare biologică, momente de criză fiziologică ce favorizează, într-un fel sau altul, alunecarea spre patologic a unor elemente morfofuncţionale din organism (aşa-zisele „ciberneze") sau că acestea fac amorsa cu elementele mediului ambiant (toxice, microbi etc.) realizînd cuplaje patogenice.



2. Dacă femeia gonadic activă se îmbolnăveşte sau nu în zilele de scadenţă amintite rămîne o posibilitate şi constituie un aspect al problemei. Aspectul cel mai important este faptul că zilele amintite reprezintă, în permanenţă şi pe cea mai lungă etapă de viaţă a femeii, o vulnerabilitate, o predispoziţie spre declanşările patologice primare sau spre recrudescenţele bolilor cronice.

Din aceste realităţi rezultă un aspect de importanţă fundamentală, şi anume aspectul previziunii şi a prevenţei în patologia femeii.

Cunoaşterea în adîncime a acestor date şi concluzii va avantaja, în modul cel mai real şi mai adecvat, în primul rînd marea masă de femei active biologic şi social, precum şi pe factorii răspunzători ai vieţii sociale.

În acest sens, se va aduce mai multă lumină în lămurirea şi înţelegerea faţă de unele impasuri psihoafective ale femeii, cu ameliorarea climatului în familie, la locul de muncă, utilizarea mai adecvată şi optimizantă a perioadelor de „forţă" în ergonomie, precum şi igienizarea psihomintală a femeii în perioadele de „criză".

În domeniul activităţii sportive se vor putea ameliora randamentul şi performanţele prin adecvarea antrenamentului, cît şi prin selecţionarea *ad-hoc* a loturilor de concurs.

Medicina muncii va trebui să realizeze o mai judicioasă repartizare a locului de muncă între cele două sexe, o igienizare mai adecvată, o distribuţie mai codificată a orarului de muncă şi a zilelor libere, o prevenire mai conştientizată a intoxicaţiilor şi accidentelor de muncă.

Şi nu în ultimul rînd, medicina curativoprofilactică va apela mai competent la noţiunea de „teren-reactivitate", va putea aprecia mai just implicaţiile specificului şi particularităţilor feminine în patologie (cauze-mecanisme de îmbolnăvire, exprimarea clinică a bolii, evoluţia, complicaţiile sale).

În acelaşi timp se vor putea da indicaţii mai nuanţate privitoare la regimul igienodietetic şi medicamentos, economisindu-se consumul de mijloace materiale, scutind de implicaţiile supradozărilor de medicamente, protejînd psihicul bolnavelor faţă de tratamentele continui, uniforme.

Totuși, COPIII

Să nu uităm anii rămași în trecuturi
cînd noi, cei de azi, ne numeam bucurii –
în viața părinților noștri-nsemnînd
speranții, dorîții, visații copii.

Că, fără de veste, ajuns-am în vremea
sortită să facă din noi alți părinți –
cei vechi să devină bunic și bunică,
copiilor noștri frumoși și cuminți.

Să nu uităm – altfel, pustiu ne e traiul
și truda, oricîtă, ne e fără rost –
că vine un ceas cînd, bătrîni, se întîmplă
nici noi să nu știm pe pămînt de ce-am fost...

Să nu ne-amăgim cu copiii din neamuri,
să nu ocolim adevăruri ce dor –
cînd știm că nepoții de soră și frate
ne sînt dragi nepoți, dar... rămîn fiii lor.

...Și vine o vreme cînd, singuri în casă,
oricum am trăi, să ne știm mai săraci –
că n-avem un sînge al nostru, să vină
măcar la zi mare să-ntrebe : „Ce faci ?"...

SANDU ȘTEFĂNESCU

STERILITATEA CUPLURILOR

Sterilitatea cuplurilor constituie o problemă deosebit de importantă, cu largi implicații, atît *sociale, demografice*, cît și *familiale*.

Se consideră actualmente un cuplu steril cuplul la care nu se instalează sarcina la femeie după cel puțin 1 an de conviețuire normală, în afara oricăror practici anticoncepționale. Acest termen de 1 an nu este absolut ; el diferă, după diverse concepții medicale, între 1—3 ani, dar nu mai mult.

Sterilitatea nu trebuie considerată ca o boală, ci un sindrom, dacă în spatele ei nu se ascund afecțiuni medicale funcționale sau organice.

În raport cu momentul instalării, sterilitatea se împarte în două categorii :

— *sterilitatea primară*, cînd s-a instalat de la început și nu se decelează nici o cauză ginecologică sau de altă natură ;

— *sterilitatea secundară*, care este cea mai frecventă, se instalează după o sarcină anterioară, terminată printr-un avort sau naștere.

Se mai întîlnește termenul de *infertilitate*, care se referă la femeile care, din diverse motive medicale, nu pot duce o sarcină pînă la vîrsta cînd fătul să fie capabil să trăiască în mediul exterior. În toate aceste cazuri, sarcinile se termină înainte de 6 luni (săptămîna a 28-a), printr-un avort spontan.

Sterilitatea cuplurilor poate fi clasificată în :

— *voluntară*, în cazul folosirii unor metode anticoncepționale locale — chimice sau mecanice —, sau pe cale generală — combinații hormonale estroprogesteronice ;

— *artificială*, temporară sau definitivă, așa cum apare în ligatura trompelor la femeie, a canalelor deferente la bărbat, după radiere cu raze X etc. ;

— *patologică*, apărută ca o consecință a unor boli generale sau de traiect genital.

Frecvența cuplurilor sterile se cifrează la 10—15% din totalul familiilor, cifră relativă, pentru că nu sînt cunoscute întotdeauna cauzele acesteia, în sensul folosirii mijloacelor anticoncepționale sau incidenței avortului.

Sterilitatea trebuie să fie studiată și rezolvată, atît din punct de vedere al medicului, cît mai ales al cuplurilor sterile, pentru că :

— se pot depista cu acest prilej boli necunoscute pînă la data respectivă (malformații, inflamații, tumori) ;

— în caz de succes se rezolvă această problemă delicată a cuplurilor, dintre care majoritatea se consideră handicapate din punct de vedere social ;

— se îmbunătățesc indicii demografici, mai ales în zone unde aceștia sînt mai scăzuți ;

— din punct de vedere medical constituie un mijloc deosebit de cercetare a biologiei reproducerii umane.

În ceea ce privește consultul de specialitate al celor în cauză sîntem de principiul că acesta trebuie făcut după cel puțin un an de la începutul unei vieți sexuale normale.

Termenul de *cuplu* este cel mai potrivit față de obișnuita *sterilitate feminină*, pentru că *există încă părerea greșită că întotdeauna „vino-*

vata" în cuplurile sterile ar fi femeia. S-a constatat, însă, că factorul masculin este responsabil în aproximativ 30—40% din cazurile de sterilitate.

În situația sterilității primare sau a femeilor recăsătorite care au avut copii, investigarea ambilor parteneri este obligatorie.

Pentru bărbat se impune un examen clinic andrologic, precum și efectuarea unor investigații de laborator, dintre care amintim :

— spermograma ;
— investigații urologice ;
— metabolismul bazal ;
— dozări hormonale ;
— biopsie testiculară ș.a.

Investigarea factorului feminin presupune timp și răbdare, atît din partea medicului, cît și din partea familiilor (uneori luni de zile). Amintim doar cîteva examene :

— depistarea malformațiilor ;

— depistarea infecțiilor aparatului genital ;

— evidențierea unor dezordini endocrine ;

— stabilirea unor norme de igienă sexuală, de comportament sexual, pentru că, altfel, femei sănătoase pot fi transformate în *ginecopate.*

Tot în sensul investigării și tratării sterilității trebuie combătută concepția greșită a cuplului modern, care tinde tot mai mult, de la începutul căsătoriei, spre asigurarea, în primul rînd, a unui confort social, lăsînd pe planul al doilea problema copiilor, astfel că nu în puține situații, cînd primul ideal a fost atins, se ajunge la vîrsta cînd factorii de fertilitate scad accentuat (după vîrsta de 30 de ani) și asistăm, de foarte multe ori, la adevărate drame familiale datorită lipsei copiilor.

Tratamentul sterilității este complex, pe etape, de la procedeele cele mai simple, pînă la intervenții chirurgicale temerare. În unele situații cauze minore, factori necunoscuți de cei doi soți și uneori simplul consult de specialitate care asigură cuplul că totul este în ordine sînt urmate de instalarea sarcinii mult dorite.

Cu cît investigarea și tratamentul se fac mai precoce și mai corect, cu atît succesele sînt mai numeroase și mai rapide.

Din experiența noastră și a altora putem afirma cu certitudine că *principala cauză a sterilității o constituie provocarea avortului.* Adeseori oamenii în momente de cumpănă recurg la avort, neintuind posibile urmări care pentru noi, medicii, sînt cel mai greu de rezolvat sau, uneori, de neînvins.

Combaterea sterilității cuplurilor, care se face în toate centrele medi-

cale mari din țară, cu rezultate din cele mai bune, se înscrie în politica demografică a statului nostru de asigurare în viitor a creșterii națiunii noastre, de asigurare a unei viitoare generații viguroase, sănătoase, atît din punct de vedere fizic, cît și psihic.

DR. I. MUNTEANU
CLINICA DE OBSTETRICĂ și GINECOLOGIE I,
I.M. TIMIȘOARA

URMĂRILE AVORTULUI

În societatea noastră socialistă, partidul și statul au continuu în vedere asigurarea viitorului luminos al patriei noastre, dezvoltarea ei pe noi culmi de civilizație, cu asigurarea bunăstării materiale și spirituale a întregului nostru popor. Politica pronatalistă promovată de statul nostru are ca scop esențial asigurarea viitorului țării noastre, a fundamentului dezvoltării sale economico-sociale. Măsurile de reglementare restrictivă a întreruperii cursului normal al sarcinii urmăresc asigurarea unor generații progene de calitate și, în același timp, exprimă fundamentul noilor baze ale familiei, crescînd răspunderea partenerilor față de aceasta, față de actul concepției.

Abaterea individului de la sensul firesc al vieții — reproducerea — implică ignorarea rolului real al familiei și are repercusiuni serioase asupra echilibrului demografic, asupra individului și al colectivității. În același timp, sarcina nedorită, rezonanță a unor grave carențe educaționale, este uneori obiectul unor tentative de eliminare a ei, de producere a unui avort, care, datorită caracterului în care este indus, generează numeroase complicații, de la forme anodine, la forme foarte severe, ce pot determina moartea femeii. Aceste avorturi induse și complicațiile care le însoțesc necesită perioade lungi de spitalizare, tratamente complexe și costisitoare, uneori mutilarea sau moartea femeii, implicînd din partea statului eforturi materiale deosebite, cheltuieli care ar putea fi utilizate în scopul asigurării sănătății populației sau al unor cercetări științifice care să asigure acest aspect.

Prin avort, în legislația țării noastre, se înțelege întreruperea intempestivă a cursului normal al sarcinii pînă în săptămîna a 28-a (pînă în luna a 6-a inclusiv) sau eliminarea unui produs de concepție mai mic de 1 000 g.

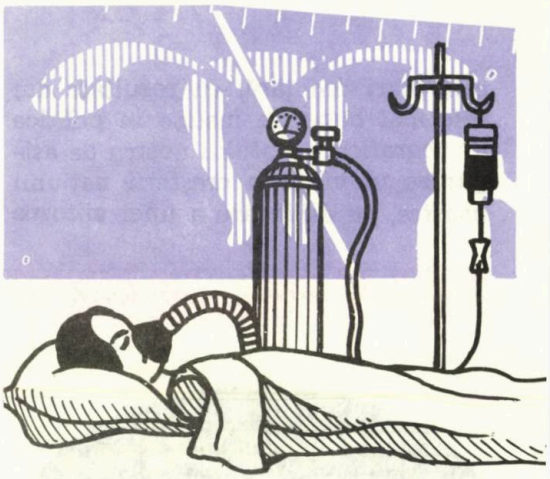
În funcție de cauzele care determină avortul, acesta poate fi împărțit în 3 categorii :

1. Avort spontan.
2. Avort terapeutic din cauze de patologie maternă sau datorat unor rațiuni psihosociale.
3. Avortul provocat, criminal sau, așa cum l-am denumit noi, avortul complicat.

În cele ce urmează ne vom ocupa numai de două categorii de avort, și anume : avortul spontan și avortul provocat.

Avortul spontan reprezintă întreruperea cursului normal al sarcinii datorită unor cauze numeroase și variate, ca de exemplu : genetice, endocrine, diverse stări toxice, alergice sau infecțioase ale mamei, afecțiuni ale aparatului genital al femeii, malformații uterine sau boli ale anexelor fetale.

De obicei, atît timp cît cauzele care au determinat un avort spontan nu sînt îndepărtate printr-un tratament corect și complex ele vor acționa și asupra sarcinilor următoare, ducînd la repetarea avortului, încadrînd astfel cazul respectiv în categoria *bolii abortive*, deci la imposibilitatea femeii respective de a duce o sarcină la termen, de a da naștere la copii vii



și sănătoși, afecțiune încadrată în categoria mare a *infertilității cuplului.*

Această boală, în afara unor complicații imediate, mai mult sau mai puțin severe, dominate de obicei de o sîngerare abundentă prin căile genitale și care are drept cauză resturile tisulare rămase în uter după producerea avortului, nu duce la instalarea altor complicații, mai ales atunci cînd femeia se prezintă din timp la medic, în vederea instituirii unui tratament corespunzător. În același timp, majoritatea cauzelor care determină un avort spontan pot fi cunoscute și îndepărtate după un tratament mai mult sau mai puțin intens, cu o durată variabilă, permițînd cuplului respectiv realizarea deplină, prin aducerea pe lume a unuia sau a mai multor copii.

În unele cazuri nefericite sau atunci cînd femeia nu vine la medic pentru cunoașterea și îndepărtarea cauzelor care determină avortul spontan, acest deziderat nu se poate realiza, cuplul respectiv rămînînd fără copii. Imposibilitatea de a avea copii are de obicei repercusiuni negative, atît asupra unității familiei, cît și asupra psihicului femeii, care nu se poate realiza pe deplin, prin posibilitatea de a deveni mamă. Acest aspect are rezonanțe psihice și sociale nefavorabile, mergînd de la sentimentul de frustrare, de nerealizare deplină pe plan psihosomatic, pînă la tulburări psihice de tipul nevrozelor, stărilor anxioase și, în unele cazuri mai severe, chiar pînă la instalarea unor psihoze.

De asemenea, datorită acestor aspecte, unele cupluri se desfac prin acuzațiile reciproce pe care și le aduc cei doi parteneri, în legătură cu imposibilitatea aducerii pe lume a unor copii.

Ceea ce trebuie reținut este faptul că investigarea complexă a cuplului permite, de cele mai multe ori, depistarea și îndepărtarea cauzelor ce determină avortul spontan, permițînd femeilor în cauză instalarea gestației și ducerea ei la termen, cu nașterea unor copii sănătoși, atît fizic cît și psihic, evitînd destrămarea familiei sau instalarea tulburărilor psihice menționate anterior.

Avortul provocat (criminal) este cel care duce la cele mai numeroase și variate complicații.

Aceste complicații sînt determinate în special de modalitățile de provocare a avortului, fiind dominate de tabloul clinic al infecției, inițial locală, la nivelul aparatului genital, apoi cu răsunet sistemic general, îmbrăcînd aspectul unor forme clinice foarte grave. Ceea ce trebuie reținut este faptul că, indiferent de modalitatea prin care se provoacă avortul, oricît s-ar respecta măsurile de evitare a infecției, aceasta este o cvasicertitudine, pentru că ea se produce prin două mecanisme : fie prin introducerea directă a germenilor în cavitatea uterină odată cu manevra abortivă propriu-zisă, fie că manevra abortivă favorizează ascensiunea unor microbi care se găsesc în mod normal în vaginul femeii și în regiunea colului uterin, în interiorul uterului gravid. Infecția se produce rapid, pentru că produsul de concepție și anexele sale — în special placenta —, precum și uterul cu modificări de sarcină reprezintă medii de dezvoltare ideale pentru microbii care pătrund aici.

Gravitatea complicațiilor care apar prin provocarea unui avort mai depinde și de alte două aspecte. Primul, rezonanța foarte gravă pe care o au avorturile provocate prin introducerea în cavitatea uterină a unor substanțe considerate ca abortive, chiar și cele care au efect antiseptic sau sînt amestecate cu antibiotice, primele dintre ele ducînd, de cele mai multe ori, la instalarea unor complicații foarte severe (alcool, iod, ser fiziologic, infuzie de mușețel, săpun, apă cu sare etc.). Cel de al doilea aspect care condiționează gravitatea complicațiilor este legat direct de vîrsta de sarcină la care se provoacă avortul, experiența noastră demonstrînd, cu certitudine, că gravitatea avortului este cu atît mai mare cu cît inducerea lui se face la o vîrstă de gestație mai mare — trimestrul II de sarcină (lunile a IV-a, a V-a și a VI-a).

Complicațiile avortului provocat pot fi împărțite în complicații imediate și complicații tardive.

Complicațiile imediate sînt cele mai grave și mai numeroase, îmbrăcînd aspecte foarte diverse. Ca sindroame generale ele sînt încadrate fie în sindromul hemoragic, fie în cel infecțios, fie în combinarea acestora.

Sîngerarea prin căile vaginale este complicația care apare imediat după provocarea avortului, mergînd de la o pierdere de sînge redusă sau moderată, pînă la o sîngerare foarte abundentă, în cîteva ore femeia putînd pierde 2—3 l de sînge, cu instalarea șocului hemoragic ; în cazul în

care femeia nu se prezintă imediat la un serviciu de specialitate pentru instituirea rapidă a unei terapii de corectare a stării de şoc şi luarea măsurilor de oprire a hemoragiei (de obicei printr-un chiuretaj uterin), şocul intră în faza ireversibilă, ducînd la moartea femeii.

Sindromul infecţios apare ceva mai tîrziu decît cel hemoragic, de la 24 la 72 de ore sau chiar mai mult, de la tentativa de provocare a avortului, în funcţie de tipul de manevră de provocare folosit, de vîrsta sarcinii şi mai ales de virulenţa microbilor din cavitatea uterină, precum şi de capacitatea de apărare a organismului femeii respective. Formele clinice de manifestare ale sindromului infecţios sînt foarte variate, pornind de la forme locale, mai puţin grave, cum ar fi infecţia uterului şi a anexelor — endometrită, anexită, piosalpinx, abces tuboovarian —, trecînd prin formele locale grave — gangrena uterină, pelviperitonita — şi terminînd cu generalizarea sindromului infecţios, cu răsunet asupra întregului organism — şoc septic cu alterarea echilibrului fluido-coagulant şi cu insuficienţe grave ale diferitelor organe şi aparate — insuficienţă renală acută, insuficienţă hepatică, insuficienţă respiratorie, peritonită generalizată, septicopioemie etc.

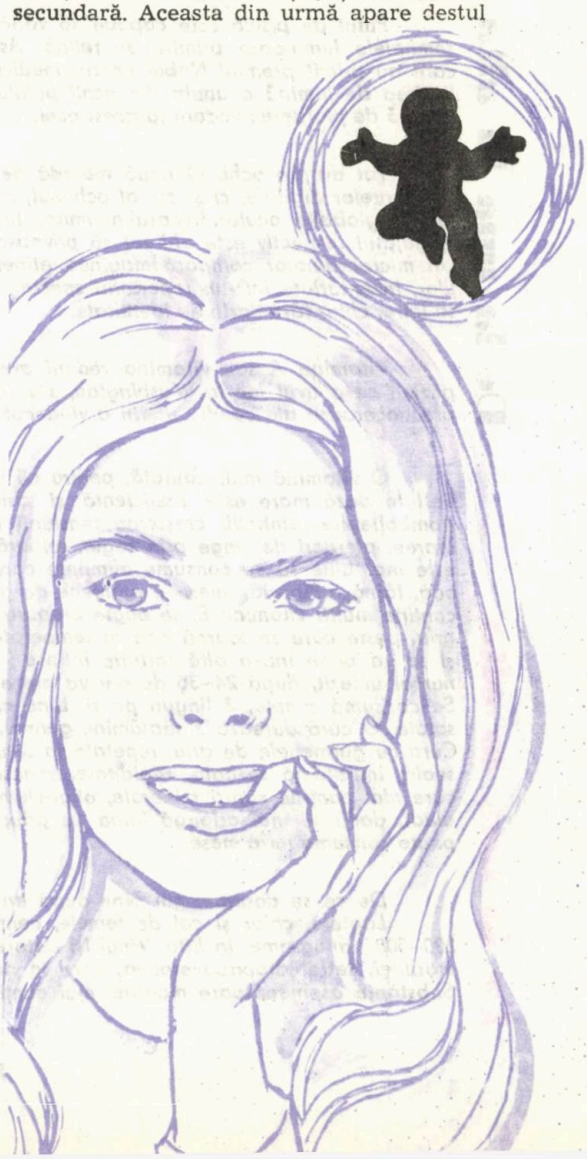
Toate aceste forme clinice ale complicaţiilor infecţioase ale avortului provocat necesită un tratament foarte intens şi costisitor, iar unele forme clinice, cum ar fi *peritonita generalizată* sau *gangrena uterină*, impun intervenţia operatorie care, de multe ori, se soldează cu mutilarea femeii prin necesitatea extirpării organului infectat, în speţă uterul gravid. În plus, menţionăm că, uneori, cu tot tratamentul eroic aplicat, viaţa femeii nu mai poate fi salvată, mortalitatea variind de la 5—6% din cazuri, la 20—25% în formele foarte severe, cum ar fi gangrena uterină, şocul septic cu insuficienţe viscerale multiple sau peritonita generalizată *postabortum*.

Experienţa noastră a demonstrat că singura soluţie pentru evitarea instalării formelor grave ale complicaţiilor infecţioase, bineînţeles în afara abţinerii de la provocarea avortului, este aceea ca femeia să se prezinte într-un serviciu de specialitate cît mai repede posibil, pentru a se putea institui un tratament corect şi a se evita deznodămîntul fatal.

O altă categorie de complicaţii imediate ale avortului provocat este cea determinată de *perforaţia uterului* în urma manevrei de provocare a avortului, perforaţie care poate să intereseze fie numai uterul, fie şi organele de vecinătate, cum ar fi ansele intestinale, vezica urinară, rectul etc. Forma clinică care se instalează foarte rapid este fie aceea a unui revărsat sanguin în cavitatea peritoneală (hemoperitoneu), cu stări de şoc hemoragic, fie a unei peritonite generalizate. Ambele necesită intervenţia chirurgicală de urgenţă, asociată cu măsuri generale de terapie intensivă. În plus, de regulă singura soluţie este mutilarea femeii printr-o extirpare a uterului (histerectomie), singură sau asociată cu rezecţia, şi a celorlalte organe lezate prin manevra abortivă.

Complicaţiile tardive, deşi mai puţin severe, pentru că nu pun viaţa femeii în pericol, nu sînt mai puţin grave, deoarece ele pot transforma femeia respectivă într-o bolnavă cronică, care necesită tratamente prelungite şi repetate şi, de multe ori, spitalizare prelungită.

Aceste complicaţii pornesc de la inflamaţii genitale cronice — anexite cronice — la sindroame dureroase pelvi-abdominale, tulburări ale ciclului menstrual, dismenoree (durere la menstruaţie) şi sterilitate secundară. Aceasta din urmă apare destul



de frecvent după infecțiile locale determinate de avortul provocat, ducînd, în unele cazuri, la tratamente prelungite și uneori fără succes, la femei care, ulterior, după unul sau mai multe avorturi provocate, doresc copii, *acest lucru nemaifiind însă posibil.*

O altă categorie mare de complicații tardive este aceea *a tulburărilor de comportament* și *a celor psihice* la femei tinere, cărora, pentru salvarea vieții, li s-a practicat extirparea uterului și la care absența menstruației și imposibilitatea de a mai avea copii au tocmai rezonanțele psihoafective pe care le-am descris anterior.

Toate aceste urmări ale avortului sînt dominate de gravitate ; ele sînt afecțiuni aparente la femei tinere. Rezonanța unei întreruperi de sarcină marchează viața unei femei, iar „cicatricea" care urmează unui avort nu este numai locală, la nivelul aparatului genital, ci are răsunet general, marcînd afectivitatea acesteia. În plus de aceasta, pe plan social, deși omul civilizat nu mai răspunde direct nevoilor speciei de a se perpetua, o femeie sterilă reprezintă pe plan demografic un eșec a cărei rezonanță depășește cadrul cuplului, revenind astfel la vechea zicală românească : „Bogăția unei familii este dată de numărul copiilor".

PROF. DR. DOC. **DAN ALESSANDRESCU**

De la una la alta

Puiul de pisică este capabil să vadă imediat după naștere, creierul său înregistrînd semnalele luminoase primite de retină. Astfel afirmă savanții americani Hibel și Wiesel, care au primit premiul Nobel pentru medicină, în anul 1981. Tot ei au mai demonstrat că lipsirea de lumină a unuia din ochii puiului de pisică, în primele trei luni de viață, este urmată de pierderea vederii la acest ochi.

•

Tot despre ochi. O nouă metodă de a identifica o persoană, nu numai cu ajutorul amprentelor digitale, ci și cu al ochiului, mai precis cu ajutorul retinei, cea care tapetează fundul globului ocular. În cazul anumitor instituții, nu mai este nevoie de carte de identitate. Angajatul respectiv este obligat să privească într-un binoclu special, fixat pe un dispozitiv. Un microordinator compară imaginea retinei respective cu imaginile retinelor tuturor angajaților, inventariate într-un repertoriu special. La găsirea corespondenței, angajatul este lăsat să intre, chiar fără carte de identitate.

•

Vitamina A sau vitamina vederii are proprietăți anticanceroase. Recent, la un simpozion ce a avut loc la Washington, s-a confirmat că vitamina A aplicată local pe leziuni precanceroase ale colului uterin a vindecat leziunile respective.

•

O vitamină mult căutată, pentru că întîrzie apariția bătrîneții, este vitamina E. Atenție ! În doză mare este ineficientă și chiar nocivă, deoarece produce complicații, ca : tromboflebite, embolii, creșterea tensiunii arteriale, creșterea anormală a sînilor, grețuri, diaree, pierderi de sînge prin vagin, tulburări oculare, agravarea diabetului etc. Iată de ce este mai bine să se consume alimente care conțin suficientă vitamină E : uleiuri vegetale, ouă, făină integrală, miere și germene de grîu. Acest ultim aliment, germenele de grîu, care conține multă vitamină E, se poate prepara în casă. Într-o farfurie adîncă se pun boabe de grîu, peste care se toarnă apă la temperatura camerei. După 24 de ore grîul se va scoate și se va pune într-o altă farfurie întinsă ; de data aceasta nu se mai toarnă apă. Grîul, numai umezit, după 24–36 de ore va prezenta mici pete albe, semn că poate fi consumat. Se consumă simplu, 3 linguri pe zi, bine mestecat, între mese, sau amestecat în supe sau salate. O cură durează 3 săptămîni, germenele de grîu trebuind preparat de la o zi la alta. Cura cu germenele de grîu, repetată la 3 luni, se recomandă în : anemii, decalcifiere, oboseală, impotență sexuală, frigiditate, senescență, tuberculoză etc. Din germenele de grîu, care mai conține săruri minerale, oligoelemente, proteine, lipide, se mai poate prepara un aluat, dacă se mai adaugă făină de grîu, ouă, unt, care pus la fiert, în mici turtițe, se poate consuma între mese.

•

De ce se doarme mai bine după un pahar cu lapte cald sau cu vin ?

Laptele, chiar și cel de femeie, conține morfină naturală, în cantități apreciabile – 200–500 nanograme, la litru. Vinul își datorează efectul somnifer unei substanțe precursoare morfinei, tetrahidropapaverolina, *care ia naștere în timpul metabolizării sale în organism. Substanțe asemănătoare morfinei mai conțin fînul și salata.*

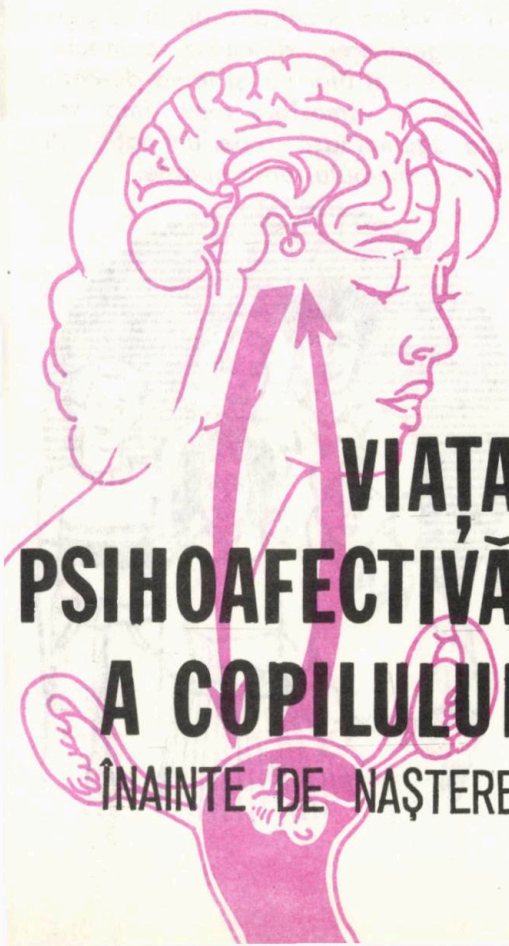
Dr. *SABIN IVAN*

De la una la alta

COPILE,

Ție îți stringem lumini
Pentru mîine.
Cu mîinile tari
Fărîmăm ziduri de trecere
Către trepte...
Pentru tine căutăm putere
În inima pietrei...
Pentru tine vom planta
În grădini suspendate
Ramuri de pace...
Și vom usca
Lacrimile tale...
Tu doar zîmbește
Între ziuă și noapte ;
Înfășoară-te în candoare,
Haina ta albă prin care
Nu pătrunde ura !

ELENA LEONORA FRUGINĂ
MEMBRĂ A CENACLULUI CULTURAL-PATRIOTIC
„V. CÎRLOVA"



VIAȚA PSIHOAFECTIVĂ A COPILULUI ÎNAINTE DE NAȘTERE

Multă lume s-a întrebat adesea, dacă între mamă și făt ar exista, la un moment al sarcinii, o legătură afectivă și spirituală, dacă fiecare din ei pot reacționa la sentimentele trăite de unul față de celălalt, precum și dacă o mamă, înainte de a naște, poate influența, prin gînduri și acțiuni, comportamentul copilului ei după naștere.

Numeroase fapte și observații empirice dădeau un temei acestor presupuneri și chiar confirmau existența lor. Din marele număr al acestora, este demn de menționat :

– reacția netă și diferențiată a fătului la anumite sunete, ca de exemplu calmarea la muzica lui Vivaldi sau Mozart și, dimpotrivă, agitație la muzica lui Beethoven și Brahms ;

– efectul magic de liniștire, înviorare și înveselire a unui sugar mic la auzul aceluiași cîntec de leagăn pe care îl cunoștea, auzindu-l fredonat de mama sa în a șaptea lună de viață prenatală ;

– observațiile milenare ale vechilor culturi (China, Grecia) despre repercu-

siunile ce le-ar avea asupra fătului frica și anxietatea femeii gravide (asistarea la un incendiu, la un cutremur ș.a.) ;

– afirmațiile de o remarcabilă intuiție ale lui Leonardo da Vinci : „Același suflet guvernează cele două organisme ; tot ce dorește mama se imprimă în copilul pe care îl poartă".

Astăzi a devenit un fapt bine stabilit : copilul înainte de naștere este o ființă dotată cu sentimente, amintiri și conștiință. Tot ce i se adresează în nouă luni, care separă momentul concepției de cel al nașterii, toate percepțiile și sentimentele îi modelează comportamentul și joacă un rol capital în structurarea personalității.

Principala sursă a acestor mesaje care influențează formarea personalității fătului și apoi a copilului este mama. După modul în care vor acționa aceste mesaje transmise de mamă și primite de el în uter i se va forma un comportament corespunzător : fericit ori trist, agresiv sau timorat, sigur pe sine ori anxios. Anxietatea cronică și ambivalența (indiferența) față de maternitatea sa poate lăsa o cicatrice profundă asupra fătului, cu repercusiuni apoi asupra copilului. Psihismul fătului este esențial modelat de gîndurile și sentimentele materne. Acest psihism va evolua fie generos, dulce și larg deschis, fie dur, colțuros, periculos, după cum emoțiile mamei vor fi pozitive sau, dimpotrivă, negative. Gîndurile mamei, dragostea ei pentru copilul încă nenăscut determină profunzimea, amploarea și cîmpul de capacități emoționale ale copilului ei.

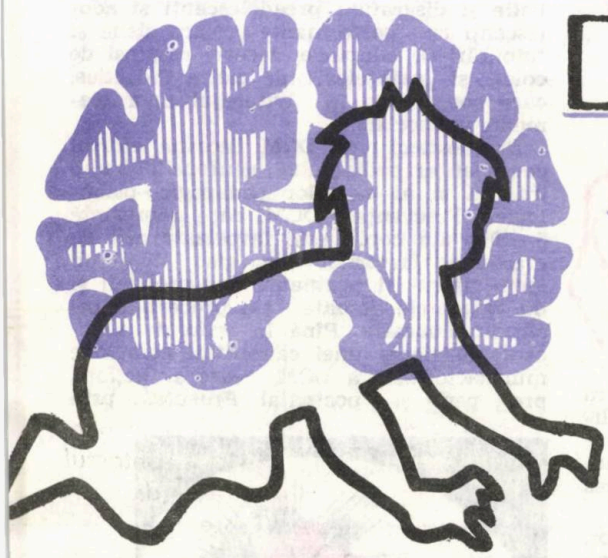
Numeroase observații și studii au pus în valoare și rolul tatălui în cuplul parental. Sentimentele sale față de soție și copilul ce ea îl poartă sînt factori importanți, atît pentru reușita sarcinii, cît și pentru formarea personalității copilului. Relația mamei cu un soț iubitor și sensibil va aduce femeii un suport afectiv continuu în aceste luni esențiale. Intră în joc un număr considerabil de elemente care determină calitatea angajării tatălui, de la sentimentele față de soție, pînă la tensiunile din viața profesională. Tatăl trebuie să participe cu profunzime și intensitate la viața copilului, încă de la debutul ei (în uter). Cu cît această participare începe mai devreme, cu atît viitorul copil va beneficia mai mult.

Dacă mediul de dinainte de naștere a fost călduros și afectiv, nou-născutul va avea o predispoziție pentru încredere în cei din jur. El va percepe gentilețea, dulceața, contactul drăgăstos al alor săi și le va diferenția net de atmosfera rece, impersonală, zgomotoasă, hiperluminația cu neon, a mediului unor spitale.

Trăirea prenatală și cea intranatală pun bazele personalității copilului, din cadrul căreia face parte și memoria, care permit amintiri ce vor fi regăsite mai tîrziu.

Înarmați cu aceste cunoștințe, viitorii părinți vor dispune de extraordinara posibilitate de a forma și modela personalitatea copilului lor. Să nu se piardă această șansă ! Ar fi o mare greșeală !

PROF. DR. DOC. **LOUIS ȚURCANU**
ȘEFUL CLINICII DE PEDIATRIE
INSTITUTUL DE MEDICINĂ TIMIȘOARA



Disfuncția cerebrală minoră la copil

CONF. DR. **TR. BUDIU**
CLINICA DE PEDIATRIE
INSTITUTUL DE MEDICINĂ TIMIȘOARA

Disfuncția cerebrală minoră (DCM), un sindrom complex etichetat încă cu diverse denumiri (sindrom hiperkinetic, paralizie cerebrală minimă, întîrziere în maturație cerebrală etc.), are ca elemente definitorii tulburările de percepție, deficite motorii ușoare și tulburări de atenție, care toate determină dificultăți de adaptare la condiții noi de mediu sau sociale. Studii importante încearcă, în ultimul timp, să aprofundeze cunoștințele asupra acestui capitol de graniță în patologia infantilă.

Caracteristicile de bază ale sindromului de disfuncție cerebrală minoră pot fi redate astfel :

— *Comportament motor de tip dispraxic* (lipsit de posibilitatea de a gesticula), cel mai adesea cu hiperreactivitate și hiperkinezie. Ca sugar este neliniștit, cu tulburări de somn (unii remarcă chiar hiperreactivitatea intrauterină, prin mișcări neobișnuite). La vîrsta antepreșcolară cade și se lovește, necesitînd o supraveghere deosebită. Mai tîrziu se mișcă tot timpul, la masă, în fața televizorului, în banca școlară. Există însă mai rar și copii normo- sau hipoactivi. La acestea se adaugă tulburări de coordonare motorie, care apar evidente la încheiatul nasturilor, înșiretare, colorare sau decupare, dificultăți la mersul cu bicicleta sau pe patine, în lovirea sau prinderea mingii.

— *Dificultăți de atenție,* cu existența unui prag scăzut al atenției, a unei slabe capacități de a se concentra și a unei extreme labilități a acesteia. Copilul, cu lipsă de concentrare și distras de stimuli externi, trece repede de la o activitate la alta. Ca preșcolar nu-și poate termina un joc, iar la școală nu poate fi atent deseori la lecții, nu-și poate termina temele, nu-și reamintește lecțiile predate.

— *Dificultăți în procesul de cunoaștere:* la vîrsta școlară au o gîndire intuitivă, cu deducții pripite și superficiale. Memoria privind faptele concrete este cel mai adesea bună ; pot exista tulburări de orientare spațială (confuzie dreapta-stînga, inversări la citit-scris etc.).

— *Dificultățile de învățare* sînt frecvente, relevînd disfuncții importante, mai ales în domeniul tulburărilor instrumentale ce favorizează insuccesul școlar : dis-

lexia, disgrafia, discalculia. Se consideră de unii autori că în prezența unei inteligențe normale, a unui mediu familial adecvat și a unui sistem de învățămînt adecvat, cea mai importantă cauză de insucces este DCM.

— *Dificultăți în controlul impulsurilor*, cu existența unui slab control al acestora ; comportamentul copiilor cu DCM este imatur, comparativ cu vîrsta lor : cu tulburări de control sfincterian, incapabili de a-și amîna plăcerile la adolescență, cu lipsă de control a unor impulsuri sexuale, ajungînd, în prezența unor condiții favorizante, la comportamente antisociale.

— *Dificultăți în relațiile interpersonale și în familie.* Mulți dintre copii cu DCM sînt neascultători, încăpățînați, negativiști și recalcitranți față de măsurile disciplinare. În relațiile cu colegii sînt irascibili, agresivi, iar față de părinți sînt nesupuși, cu tendință de ignorare.

— *Dificultăți emoționale :* labilitate afectivă, agresivitate sporită și, cu timpul, depresie psihică.

— *Tulburări neurologice concomitente :* pot fi prezente în 50—60% din cazurile cu DCM. Acestea sînt însă minore sau minime (microsimptomatologie nervoasă), predominent cu dificultăți de coordonare motrică, mișcări stîngace, uneori vorbire greoaie, EEG cu tulburări necaracteristice și minore, nu ajută prea mult în stabilirea diagnosticului.

În totalitate, manifestările care dau amprenta la diversele vîrste sînt : sugari agitați, inclusiv în somn (cu „colici" abdominale) ; preșcolari hiperkinetici, neastîmpărați ; școlari hiperreactivi, cu dislexie și disgrafie ; preadolescenți și adolescenți cu performanțe școlare slabe și tulburări de adaptare, deseori respinși de colegi și „neînțeleși" de cadre didactice, care pot ajunge în anturajul unor elemente antisociale.

Diagnosticul de DCM necesită efortul conjugat al pediatrului, neuropsihiatrului infantil și al cadrelor pedagogico-psihologice. Frecvența DCM, care reprezintă 5—10% din copii, este favorizată atît de creșterea factorilor de risc cerebrali ante-, intra- și postnatal, dar probabil și de exigențele actuale ale procesului instructiv-educativ. Pînă în prezent se acceptă existența unei cauzalități complexe multifactoriale a DCM, care ar acționa pre-, peri- și postnatal. *Prenatal :* prin

unele boli infecţioase (rubeola), toxice (Pb şi As), medicamente, hipertensiune arterială şi malnutriţia mamei etc. ; *intranatal :* naşteri laborioase, cu asfixie şi hipoxie (cu necroză neuronală selectivă, leucomalacie periventriculară sau infarctizări ale matricei periventriculare) ; *postnatal :* icter prelungit, infecţii cu răsunet cerebral, deshidratări grave, prematuritate sau malnutriţii severe. Factorul genetic pare a fi dovedit de prezenţa simptomelor DCM la mai mulţi membri ai aceleiaşi familii sau de asocierea lor cu o serie de anomalii congenitale. Unii factori psihosociali (stresul prelungit) se pot suprapune unor statusuri biochimice, agravînd sau normalizînd manifestările acestui sindrom.

Dacă majoritatea copiilor cu DCM, în condiţiile unui diagnostic precoce şi a unei conduite de recuperare raţională (sfaturi educative pentru familie, măsuri educative faţă de copil, psihoterapie individuală, medicamente), au un prognostic favorabil, tulburările ameliorîndu-se sau dispărînd la adolescenţi, există şi cazuri cu prognostic rezervat, a căror dispensarizare precoce poate ameliora, totuşi, evoluţia medicală, psihologică şi socială.

*****

INFECŢIA URINARĂ la copil

DR. I. SABĂU
CLINICA DE PEDIATRIE I,
INSTITUTUL DE MEDICINĂ TIMIŞOARA

Aparatul reno-urinar este alcătuit din rinichi, uretere, vezică urinară şi uretră. Pătrunderea şi înmulţirea germenilor microbieni în oricare din sectoarele aparatului reno-urinar poartă denumirea de infecţie urinară. **Predominant, însă, la copii infecţia urinară prinde două sectoare. Cea mai frecventă localizare o întîlnim la vezica urinară, denumită şi** infecţie urinară joasă. **Cel de al doilea sector atins este rinichiul, care generează** infecţia urinară înaltă.

Simptomatologia clinică este diferenţiată, în funcţie de localizarea infecţiei.

Infecţia urinară joasă produce iritaţia şi inflamaţia mucoasei vezicii urinare şi uretrei şi se manifestă prin micţiuni frecvente, însoţite de durere şi usturime, uneori eliminare de urine tulburi ori mirositoare, sau cu sînge ; între micţiuni, dureri în etajul abdominal inferior. Febra poate fi uneori prezentă ; cel mai adeseori temperatura este însă normală.

Infecţia urinară înaltă produce o iritaţie şi inflamaţie a rinichiului şi se manifestă clinic prin : febră, dureri în zona lombară, micţiuni frecvente, modificarea culorii urinei.

Apariţia oricăreia din cele două categorii de simptome impune prezentarea copilului la medic. În cadrul consultaţiei medicul se va informa asupra momentului apariţiei simptomelor, a particularităţilor de manifestare a acestora, apoi va trece

la examinarea clinică a copilului, într-un climat de liniște și confort psihic.

Pentru stabilirea diagnosticului și a sediului infecției un ajutor prețios îl constituie analizele de laborator. Examenul de urină pune în evidență prezența leucocituriei (puroiului) și a albuminei. Urocultura se va recolta în condiții de sterilitate perfectă, după ce înainte s-a făcut o spălare cu apă și săpun a regiunii genitale. Odată recoltată urina pentru urocultură va fi transportată cît mai urgent posibil la laborator, unde va fi însămînțată de îndată. Urocultura precizează tipul de germene microbian care determină infecția, precum și sensibilitatea față de medicamente. De la caz la caz, în funcție de simptomatologia clinică și particularitatea cazului, medicul va recurge și la alte examinări, ca : probe de funcționalitate renală, explorare radiologică a rinichiului și căilor urinare etc.

Odată stabilit diagnosticul de infecție urinară, se întocmește schema de tratament, care va fi diferențiată, în funcție de localizarea acesteia. Infecția urinară joasă necesită un tratament de 5—7—10 zile. În infecția urinară înaltă se recurge la un tratament de atac de 4—6 săptămîni (cuprinzînd doze mai mari de medicamente sau chiar asocierea a două medicamente), urmat de un tratament de întreținere de 3 luni (cu doze mai mici de medicamente).

Fiecare caz în parte va fi atent supravegheat pe toată perioada de efectuare a tratamentului, precum și 3—6 luni după vindecare. Urmărirea copilului bolnav de infecție urinară se va face printr-un program de dispensarizare, alcătuit în cadrul cooperării medic-bolnav-familie și individualizat în funcție de particularitatea fiecărui caz.

Respectarea indicațiilor de tratament și a programului de dispensarizare asigură vindecarea și previne recăderile și recidivele.

Pilule cu... haz

Un om politic olandez s-a îmbolnăvit. Aflîndu-se la sanatoriu, pentru tratament, a primit o telegramă, cu următorul cuprins : „Parlamentul vă dorește cea mai grabnică însănătoșire, cu 187 de voturi pentru și numai 186, contra".

Un pacient grăbit, intrînd în sala de așteptare a unui medic celebru, care era aproape tixită de pacienți, se adresează medicului, care a apărut în ușa cabinetului :

— Doctore, vă rog să mă examinați peste rînd, deoarece am înghițit o... o grenadă !

— Doctore, ce tratament îmi recomandați pentru bărbatul meu ?

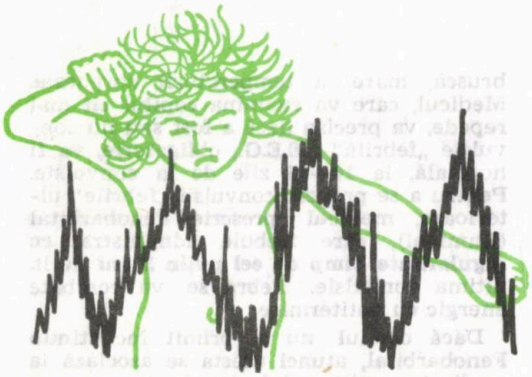
— Doamnă, v-am mai spus că este sănătos tun !

— Da, dar aseară a venit în grabă acasă, strigînd că toți cîinii aleargă pe stradă, cu umbrelele deschise !

— Dar dumneavoastră, stimată doamnă, nu ați văzut ce ploaie torențială a fost aseară ? !

Selectate și traduse din limba rusă (rev. „Krokodil") de :

ALEXEI NICOLESCU



CONVULSIILE LA COPIL

CONVULSIILE, urgenţă majoră a medicinii copilului, constituie — pe bună dreptate — un motiv de îngrijorare pentru părinţi, iar pentru medic, uneori, o „problemă", datorită dificultăţii în precizarea cauzei şi, în consecinţă, în instituirea unui tratament adecvat. Tratamentul trebuie instituit de urgenţă, deoarece convulsia poate fi un simptom al unei boli care periclitează viaţa copilului sau care poate lăsa leziuni cerebrale cu urmări, uneori grave, pentru viitorul neuropsihic al acestuia.

Convulsiile nu sînt excepţionale la copii : după unele statistici 5%—10% din copiii pînă la 16 ani au prezentat convulsii. Acestea sînt mai frecvente în primii 3—4 ani de viaţă, mai ales la sugari ; dar apar şi la nou-născuţi, în prima lună de viaţă.

Convulsiile se manifestă prin contracţii şi decontracţii musculare anormale, involuntare, cu debut brusc, localizate sau generalizate, însoţite sau nu de pierderea conştienţei.

Convulsiile pot fi incomplete — **tonice** (rigiditate sau „înţepenire" musculară) sau **clonice** (spasme sau contracţii musculare de scurtă durată). De cele mai multe ori sînt complete (tonice şi clonice = **tonico-clonice).** Criza sau „atacul convulsiv" poate să rămînă unică ; uneori se repetă în cursul zilei, alteori convulsiile devin „subintrante", repetîndu-se la intervale foarte scurte, în cursul aceleiaşi zile.

„Atacul" sau „criza" convulsivă apare de obicei brusc : se instalează o contractură tonică, mai mult sau mai puţin generalizată ; copilul devine palid ; faţa imobilă ; privirea fixă ; globii oculari fixaţi sub pleoapa superioară, rareori inferioară, cu pupilele dilatate ; capul întors de o parte sau ţinut drept, rigid ; membrele rigide, în special cele superioare, cu degetele flectate puternic ; trunchiul rigid, imobil, mişcări respiratorii absente. După cîteva secunde urmează faza de contracturi clonice : faţa prezintă grimase (strîmbături), iar globii oculari, mişcări rapide, sacadate ; membrele sînt agitate de mişcări bruşte, succesive, de semiflexie şi extensie. Apoi, după cîteva secunde, cel mult cîteva minute, spontan sau sub tratament, contracţiile încetează şi se instalează „rezoluţia" cu flasciditate (înmuiere) musculară şi dispariţia celorlalte semne. Uneori, la sfîrşitul atacului convulsiv copilul ţipă şi priveşte speriat împrejur, alteori adoarme. Dacă atacul convulsiv a fost violent, poate să apară „starea subcomatoasă", cu pierderea parţială a conştienţei, motilităţii voluntare şi sensibilităţii, păstrîndu-se „funcţiile vegetative" de bază — respiraţia şi circulaţia. Cînd atacul convulsiv se prelungeşte sau se repetă, unul după altul, apare „stare de rău convulsiv", cu asfixie şi cianoză (învineţirea pielii şi a buzelor), datorită opririi mişcărilor respiratorii, şi chiar febră.

Crizele convulsive, generalizate sau localizate, mai ales intense sau prelungite, sînt urmate adeseori de „deficit motor" trecător (membrul afectat este „moale", hipoton).

Uneori convulsia este foarte uşoară, copilul prezentînd numai o discretă şi de foarte scurtă durată redoare (rigiditate) a membrelor, urmată de uşoare tremurături, dar este caracteristică „privirea fixă", timp de cîteva secunde sau minute.

Simptomele enumerate atrag întotdeauna atenţia părinţilor, care sînt **obligaţi** să prezinte **de urgenţă** copilul la medic, relatînd acestuia observaţiile lor, precum şi dacă copilul a avut febră, eventual şi alte manifestări.

Există şi **convulsii interne,** care afectează muşchii unor organe, producînd tulburări grave, uneori chiar moarte. Se pot manifesta, uneori, la un copil sănătos, prin oprirea bruscă a respiraţiei, cu cianoză şi sughiţ, sau printr-o respiraţie bruscă, puternic şuierătoare, şi oprirea ei, alteori prin alte simptome, chiar prin dureri abdominale violente.

Cauzele convulsiei

CAUZELE CONVULSIEI vor fi precizate de medic, pe baza examinării complete a copilului, a unor investigaţii de laborator şi a electroencefalogramei (E.E.G.). Convulsiile copiilor sînt grupate în :

I. **Convulsii organice,** care au la bază o leziune sau o suferinţă cerebrală. Pot să apară în caz de :

— **imaturitate corticală cerebrală,** în special la prematuri ;

— **suferință cerebrală la naștere,** în caz de travaliu prelungit, asfixie, traumatism, hemoragie ș.a. ;

— anomalie în dezvoltarea creierului, ca **microcefalie** (perimetru cranian subnormal) și **hidrocefalie** (perimetru cranian mărit) ;

— afecțiuni inflamatorii acute ale creierului și meningelor, ca **encefalită și meningită ;**

— **encefalopatie cronică infantilă,** cu înapoiere mintală și motorie ;

— **traumatism cerebral postnatal,** prin lovituri și căderi pe cap ;

— de asemenea și în alte stări patologice ale creierului.

II. **Convulsii simptomatice și funcționale.** Pot să apară în caz de :

— **infecții acute bacteriene sau virale,** cu localizare extracerebrală ;

— **boli infecțioase cu posibilitate convulsivantă,** ca tetanos, oreion, tuse convulsivă, rujeolă ;

— **intoxicații acute cu chimicale** (unele insecticide, Verde de Paris, culori cu anilină, dezodorizante pentru W.C. ș.a., ingerate de copil), **medicamente** (cofeină, Acalor, antifebril, dacă este administrat la copilul sub 1 an ș.a.), **alcool** (țuică, vin etc.) ;

— **vaccinare antivariolică,** dacă se face prima dată la copilul trecut de 2 ani ;

— **tulburări circulatorii cerebrale :** la sugari, puternic „deshidratați" prin vărsături și diaree ; în insolație ; în accesele grave de tuse convulsivă ; la copiii cu hipertensiune arterială, cînd fac eforturi fizice mari ;

— la febră brusc ridicată la peste 38,5—39°C — **hiperpirexie** — pot să apară **convulsii febrile sau hiperpiretice,** mai frecvent la sugari și copii sub 3—4 ani. Convulsia este de obicei tipică, tonico-clonică ; alteori numai ca rigiditate („înțepenire") trecătoare sau ca „fixitate" a privirii ; rareori ca hipotonie („moleșală"). Starea durează de la cîteva secunde pînă la cîteva minute. Pentru a fi considerată ca o **convulsie febrilă,** trebuie ca infecția care a determinat ascensiunea bruscă, puternică, a febrei să nu fie localizată la nivelul creierului sau meningelui și copilul să nu fi avut vreo suferință cerebrală anterioară. Prognosticul este în general bun : **nu va avea urmări dacă a fost de scurtă durată și dacă nu se repetă.** Adeseori convulsiile etichetate **(greșit !)** ca „febrile", care apar pentru prima dată la un copil trecut de 3—4 ani, au în realitate un substrat patologic, de multe ori fiind o criză de epilepsie evidențiată de creșterea bruscă, mare, a temperaturii corporale. Medicul, care va examina copilul cît mai repede, va preciza dacă a fost sau nu convulsie „febrilă" ; E.E.G., obligatorie, va fi normală, la 10—14 zile de la convulsie. Pentru a se preveni convulsii „febrile" ulterioare, medicul prescrie Fenobarbital (Luminal), care trebuie administrat **cu regularitate, timp de cel puțin 3 ani** de la ultima convulsie. Febra se va combate energic cu antitermice.

Dacă copilul nu a primit încontinuu Fenobarbital, atunci acesta se asociază la medicația antitermică, iar în lipsa acestuia se administrează supozitoare cu Aminofenazonă L (Piramidon + Luminal), foarte puțin eficiente.

Dintre copiii care au prezentat convulsii febrile, 2—10% pot deveni epileptici, mai ales dacă convulsiile s-au repetat și dacă au fost de durată prelungită (peste 10—15 minute).

III. **Convulsii metabolice și prin tulburări de metabolism (dismetabolice).** Pot să apară în caz de :

— **hipocalcemie,** scăderea calciului sanguin fiind mai frecventă la copiii de 3 luni — 2 ani, de obicei rahitici, cărora li se administrează doze mari de vitamina D_3 sau D_2, fără asociere de calciu, sau cînd, la sfîrșitul iernii, sînt expuși prelungit la razele soarelui (R.U.V.) de primăvară. Hipocalcemia, însă, poate fi datorită și altor cauze ;

— **hipoglicemie,** care poate să apară la : nou-născut, dacă după primele 8—12 ore nu i se dă să sugă sau nici cel puțin apă

cu glucoză ; unii copii diabetici, „sensibili" la insulină ; unii copii care fac efort fizic mare, fără ca să fi mîncat nimic dimineaţa sau în cursul zilei ;

— **hipervitaminoză A,** după administrare de doze mari de vitamina A, mai ales prin injecţii, în special la sugari ;

— **hipomagneziemie,** scăderea magneziului sanguin nefiind rară la copiii cu sindrom de malabsorbţie (diaree cronică) ;

— **hipovitaminoză B_6,** la sugari hrăniţi cu lapte praf lipsit de vitamina B_6 ;

— de asemenea, şi în multe alte tulburări de metabolism.

IV. **Convulsii „esenţiale" sau convulsii-boală** (epilepsie). Convulsiile care apar pentru prima oară la un copil trecut de 3—4 ani sînt de natură epileptică, dacă nu sînt provocate de vreuna din cauzele menţionate anterior (I, II, III) şi dacă se repetă la intervale neregulate, însoţite şi de : pupile dilatate care nu reacţionează la lumină, muşcarea limbii, pierdere de urină şi de fecale, urmate de somnolenţă şi amnezie (copilul nu-şi aminteşte criza). Uneori criza este precedată de senzaţii variate : vede scîntei, culori ; aude zgomote, melodii ; are „furnicături" în degete, dureri la nivelul stomacului ş.a. ; ţipă, apoi îşi pierde conştienţa, cade jos, indiferent locul, apare convulsia.

Excepţional există epilepsia şi la sugar. S-a constatat că 15—20% din membrii familiei copiilor epileptici sînt epileptici.

Se cunosc diferite forme ca :

— **epilepsia simptomatică** sau **organică,** datorită unei suferinţe intracraniene, ea însăşi produsă de altă cauză ;

— **epilepsia idiopatică** sau **epilepsia-boală,** de cauză necunoscută.

Epilepsia-boală se poate manifesta sub formă de :

— **acces mare epileptic,** criză epileptică „tipică" cu convulsii şi simptome descrise anterior ;

— **absenţe,** care se manifestă prin ameţeală, leşin şi „stare de absenţă", cu paloare, privire fixă, uneori contracţii ale feţei, întreruperea activităţii, toate de foarte scurtă durată, survenite brusc. Se pot repeta, uneori foarte des, în aceeaşi zi ;

— **boala spasmelor în flexiune,** numită şi **hipsaritmie,** apare la copii între 5 luni şi 2 ani, rareori pînă la 4 ani. Se manifestă sub formă de crize repetate de mai multe ori în cursul zilei, cu aplecarea bruscă a capului şi trunchiului (în chip de „salut"), cu întinderea laterală a braţelor sau ridicarea lor. Crizele sînt de scurtă durată, survin în serie, la intervale de cîteva secunde, asociindu-se adeseori pierderea conştienţei (greu de apreciat la vîrstă mică), urmate uneori de rîset. Copiii sînt de obicei înapoiaţi mintal. Este o formă de epilepsie cu E.E.G. caracteristică ;

— **crize psihomotorii** sau **echivalenţe.** Sînt stări de semiconştienţă, care apar periodic, manifestîndu-se prin crize sau accese de furie, vagabondaj, alergare şi agitaţie „fără rost", somnambulism (se trezeşte noaptea din somn şi aleargă agitat prin casă, se suie pe scaune etc.). Consultaţia medicală şi E.E.G. sînt necesare pentru copii care prezintă astfel de manifestări, etichetate de părinţi, **greşit,** ca „tulburări de comportament" ;

— **convulsii „fulger",** care seamănă cu o „tresărire" de spaimă a întregului corp ; au prognostic rău ;

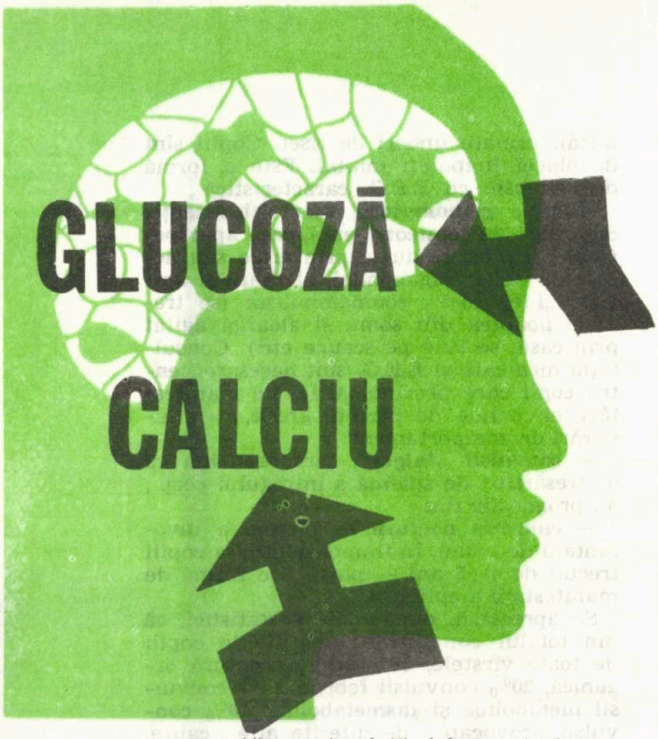
— **enurezis nocturn** — pierderea involuntară de urină, în timpul nopţii, la copiii trecuţi de 4—5 ani — poate fi o formă de manifestare a epilepsiei.

Se apreciază, după diferite statistici, că din totalul convulsiilor apărute la copiii de toate vîrstele, 50% sînt de natură organică, 20% convulsii febrile, 14% convulsii metabolice şi dismetabolice, 10% convulsii provocate de diferite alte cauze, 6% epilepsie.

Diagnosticul de epilepsie se precizează prin E.E.G.

Există la copii şi manifestări oarecum asemănătoare convulsiilor, numite **pseudoconvulsii,** manifestări care îngrijorează părinţii, dar care nu sînt convulsii „adevărate". Prezentăm în continuare unele din acestea.

Spasmul hohotului de plîns sau **convulsiile afective respiratorii.** Copilul, începînd de la sfîrşitul primului an de viaţă şi pînă la 2—3 ani, cînd este „supărat",



„enervat", „contrariat", izbucnește în suspine zgomotoase, care devin din ce în ce mai rapide și sacadate, pînă „își pierde răsuflarea". După cîteva clipe are o reluare zgomotoasă, rapidă, a respirației, cu suspine care „par că se opresc în gît". Se fixează în inspirație forțată și nu mai respiră, se învinețește la față ; își „dă ochii peste cap", își pierde conștiența pentru scurt timp. Are tendință să cadă pe spate ; uneori prezintă o stare de contractură tonică. După cîteva momente, cel mult pînă la 2 minute, respiră adînc și își revine la normal. În aceeași zi nu mai repetă „criza", chiar dacă este enervat, dar o repetă în zilele următoare. Tratamentul în criză : copilul va fi lăsat „liniștit", culcat pe spate, deoarece își revine la normal, în scurt timp.

Angiolepsia sau **epilepsia ortostatică.** Copilul, de obicei hipotensiv, sculat brusc din pat, de cele mai multe ori după somnul de noapte, sau ținut mult timp „la verticală", nemișcat, prezintă colaps și cade ; rareori prezintă chiar o ușoară convulsie. Pentru evitarea unor astfel de situații, copilul nu se va ridica brusc din pat. Este necesar consultul medicului.

Isteria — mai frecventă la fete la prepubertate și pubertate — se poate manifesta și sub formă de „false convulsii sau crize epileptiforme", care însă apar numai în prezența unei persoane. Spre deosebire de criza de epilepsie adevărată, nu cade sau cade „cu grijă", ca să nu se lovească, nu își mușcă limba, nu pierde urină sau fecale ; își păstrează conștiența ; reflexe pupilare prezente ; simptomele apar lent, durează relativ mult, sînt variabile de la o criză la alta. „Tremurătura intențională" — altă manifestare a isteriei — apare numai cu ocazia unei activități — de exemplu cu ocazia scrisului —, dar mai sînt și multe altele.

Copilul care prezintă manifestări ca cele de mai sus va fi examinat de medic, pentru a se preciza diagnosticul și tratamentul corespunzător.

Tratamentul convulsiilor

Tratamentul trebuie instituit de urgență, pentru ca „atacul" să înceteze imediat sau cît mai repede.

În cea mai mare liniște, fără agitația familiei, copilul dezbrăcat, cel puțin „desfăcut" la gît de cămașă, va fi culcat în pat, pe spate, fără pernă sub cap, înclinat pe o parte (să nu se „înece" cu saliva) ; la copilul care are dinți, în special la epileptic, se pune între dinți un „depărtător" (lingură de lemn sau batistă înnodată), ca să nu își muște limba ; trebuie să fie lăsat „liniștit", deoarece excitațiile accentuează și prelungesc criza (nu va fi bătut pe obraz, ciupit etc.) ; dacă este necesar, se aspiră secrețiile din gură.

Dacă este afebril, o baie progresiv încălzită la 38—39°C sau „împachetări" calde totale pot avea efecte favorabile.

Dacă este febril, se combate imediat febra cu antitermice (supozitoare cu Aminofenazonă L sau Paracetamol ; **Acalorul este contraindicat la sugari !)** ; se descoperă parțial tegumentele și se șterg, ușor, cu burete înmuiat în apă călduță sau apă cu alcool sau se fac fricțiuni ușoare cu oțet aromat, alcool medicinal sau fricție „Galenica" (nu la copii sub 2 ani).

Se administrează imediat medicație anticonvulsivantă — Diazepam sau, în lipsa acestuia, Luminal (mai puțin eficient !) — în doza prescrisă de medic.

Copilul va fi examinat — imediat sau cît mai curînd — de medic, singurul în măsură să precizeze diagnosticul de convulsie și cauzele ei, și să indice tratamentul adecvat, pentru a se evita repetarea acesteia și toate consecințele ei, adeseori grave pentru viitorul intelectual, psihic și social al copilului.

CONF. DR. DOC. **V. PETRESCU COMAN**

O BOALĂ A COPILĂRIEI DES ÎNTÎLNITĂ

VEGETAȚIILE ADENOIDE

CONF. DR. DOC. **CORNELIA PĂUNESCU**

Vegetațiile adenoide (impropriu denumite „polipi") constituie una dintre cele mai frecvente și mai importante boli ale copilăriei.

Inflamație cronică — cel mai adesea hipertrofică — a amigdalei faringiene, situată în etajul superior al faringelui, numit nazofaringe, datorită comunicării sale cu cavitățile nazale și invizibilă la privirea directă (spre deosebire de amigdalele palatine, care pot fi ușor văzute la simpla deschidere a gurii) — se datorește vegetațiilor adenoide care împiedică trecerea aerului din nas spre faringe și provoacă o serie de tulburări supărătoare, influențînd negativ atît dezvoltarea fizică și psihică a copilului, cît și întreaga lui stare de sănătate.

Debutînd de cele mai multe ori în prima copilărie (dar putînd fi prezente chiar de la naștere), vegetațiile adenoide sînt favorizate de rinitele (guturaiurile) repetate și de stagnarea secrețiilor nazale la nivelul amigdalei faringiene, prin imposibilitatea eliminării lor corecte pe nări ; ele se întîlnesc cel mai adesea la copiii limfatici, cu un teren debilitat de greșeli în alimentație și în modul de viață. Aceste greșeli sînt : alimentație neadecvată vîrstei copilului, abuzul de dulciuri și făinoase, nerespectarea orelor de somn, lipsa de grijă a părinților pentru corecta drenare a secrețiilor nazale, capul, mîinile și picioarele neocrotite de frig sau, dimpotrivă, haine prea multe sau prea groase, cameră prea rece sau prea caldă, neaerisită, insuficientă mișcare în aer liber și la soare, contactul cu bolnavi contagioși și cu persoane care tușesc sau fumează etc.

Cea mai importantă tulburare dată de vegetațiile adenoide este *insuficiența respirației nazale*, singura respirație normală care permite ca aerul inspirat — în trecerea lui prin nas — să fie curățat de praf și de microbi, să fie încălzit și umezit. Înlocuirea respirației nazale cu cea bucală duce la o serie de alte tulburări, datorate atît aportului mai redus de aer, cît și calității lui inferioare (nepurificat, rece, uscat), care irită căile respiratorii.

La sugarul purtător de vegetații, neajunsurilor amintite li se adaugă și dificultatea în alimentație, urmată de scăderea în greutate; într-adevăr, cum ar putea un copilaș, obligat să stea tot timpul cu gura deschisă — ca să aibă pe unde respire —, să-și aplice în același timp buzele pe sursa de lapte, fie ea sînul mamei sau tetina biberonului ?

O altă greutate pentru copilul adenoidian este aceea că nu-și poate elimina prin nări secrețiile nazale, care se scurg în gît și — de aici — în căile respiratorii (laringe, trahee, bronhii) și digestive (stomac, intestine), favorizînd îmbolnăvirea acestora, sub forma unor laringo-traheite, bronșite, stări dispeptice, colite sau apendicite, interminabile.

În fine, datorită cantității reduse de aer inspirat, se produce o scădere a oxigenului din sînge, organe și țesuturi (inclusiv cel nervos). Astfel, copilul devine anemic, obosit, nu-și poate concentra atenția, necazuri la care se pot adăuga apariția unor ticuri supărătoare (strîmbături, încreștitul frunții, clipitul din ochi etc.) sau enurezisul (urinatul involuntar, mai ales noaptea).

Cunoscînd cîte tulburări provoacă vegetațiile adenoide în buna funcționare a organismului copilului, să vedem cum le putem depista, cu un minut mai devreme, cum pot fi tratate și ce măsuri să luăm pentru prevenirea lor.

De obicei, pentru cineva cît de cît mai atent, vegetațiile adenoide apar evidente de la prima privire asupra copilului, datorită unui aspect caracteristic, denumit „facies adenoidian" : gura deschisă sau întredeschisă, permanent sau numai în timpul somnului și al eforturilor, umerii obrajilor țeștiți, fața palidă, nasul subțire, privirea obosită. Alte semne de insuficiență respiratorie date de vegetațiile adenoide, care se asociază faciesului adenoi-

dian, sînt deformaţiile toracelui (torace îngust, cu sternul înfundat) şi ale coloanei vertebrale (cifoscolioze).

Chiar dacă simptomele amintite mai sus nu apar evidente de la prima vedere sau nu există în totalitate, copilul adenoidian este împiedicat în dezvoltarea lui fizică şi psihică şi — avînd forţele de apărare scăzute — este expus la tot felul de îmbolnăviri. Afecţiunea de care nu scapă aproape nici un adenoidian este *amigdalita*, care se repetă cu ocazia fiecărei răceli, cît de neînsemnată, ţinînd copilul într-o permanentă stare de febrilitate şi de sensibilitate în gît, la care se adaugă uneori şi unele manifestări la distanţă, ca durerile articulare, tulburările renale sau cardiace. Alte afecţiuni — la fel de supărătoare — favorizate de prezenţa vegetaţiilor adenoide sînt *otitele medii* (adesea supurate), *sinuzitele, laringitele* şi *traheobronşitele*.

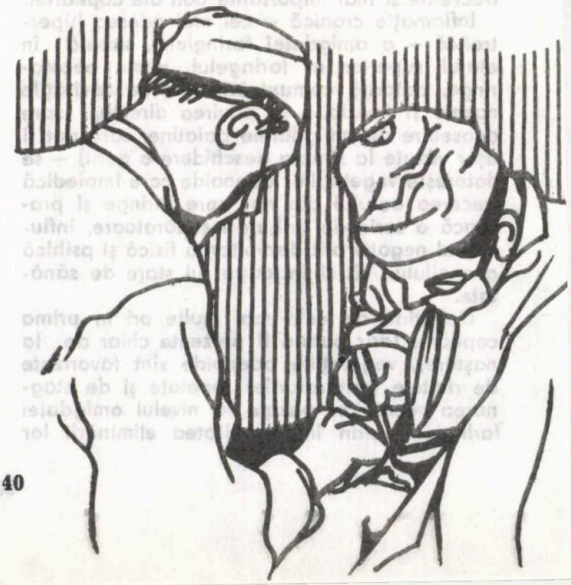
Pentru a evita neajunsurile anterior semnalate, părinţii au obligaţia de a-şi duce copilul la medicul otorinolaringolog (singurul în măsură să precizeze diagnosticul de vegetaţii adenoide) imediat ce observă că acesta doarme sau stă cu gura deschisă sau întredeschisă, că face amigdalite cu repetiţie (însoţite sau nu de dureri articulare, renale sau cardiace), otite medii, sinuzite, laringite sau traheobronşite, afecţiuni care nu se pot vindeca decît după înlăturarea vegetaţiilor adenoide care le-au favorizat apariţia.

Extirparea vegetaţiilor adenoide, operaţie numită *adenoidectomie*, este o intervenţie relativ simplă şi uşor suportată de copii, putînd fi efectuată la orice vîrstă (cu grija ca în perioada respectivă copilul să nu fie purtătorul vreunei infecţii acute a căilor respiratorii), pentru a reda adenoidianului, cu un minut mai devreme, respiraţia nazală, de care a fost lipsit atîta vreme. Doar astfel el se va putea dezvolta în condiţii bune şi va putea scăpa mai repede de diversele tulburări pe care vegetaţiile le-au întreţinut.

Dacă adenoidectomia este o intervenţie obligatorie, datorită imposibilităţii adenoidienilor de a-şi oxigena ţesuturile, trebuie să subliniem că extirparea — în acelaşi timp — a amigdalelor palatine este cu totul neîntemeiată. Ţinînd seama de rolul important pe care aceste organe îl au în mecanismul de apărare a organismului împotriva infecţiilor şi de faptul că repetatele amigdalite care survin la copilul purtător de vegetaţii nu mai reapar, de obicei, după adenoidectomie, amigdalectomia practicată odată cu aceasta este nu numai inutilă, dar şi dăunătoare. Dacă totuşi mai apar uneori puseuri de amigdalită şi după extirparea vegetaţiilor, ele pot fi rezolvate printr-un tratament conservator (fără operaţie), efectuat de specialist. Se va feri astfel copilul de scăderea forţelor sale de apărare, prevenindu-se, în acelaşi timp, instalarea unei faringite cronice.

După practicarea adenoidectomiei, datoria medicului şi a părinţilor nu s-a terminat. Urmează reeducarea respiraţiei, fortificarea organismului şi înlăturarea unor afecţiuni întreţinute de vegetaţii în timpul existenţei lor.

Reeducarea respiraţiei nazale — absolut necesară la un copil care ani de zile a respirat numai pe gură — se va face printr-o



gimnastică specială, învățată într-un serviciu de cultură fizică medicală și continuată acasă, timp îndelungat. Paralel, copilul va fi obișnuit cu suflatul corect al nasului : pe rînd, cîte o nară.

Fortificarea organismului deficitar al fostului adenoidian se va face prin : alimentație rațională, viață în aer liber, mișcare, ore regulate de somn, joacă și învățătură, vacanțe la mare, munte sau în stațiuni cu ape minerale sulfuroase, arsenicale sau feruginoase, apiterapie (miere, polen, lăptișor de matcă, combinate sub forma unor preparate ca : Melcalcin, Anemomel, Meltonin, Energin etc.), gamaglobuline și vitamine.

De asemenea, paralel cu revenirea copilului la un mod de viață normal, sănătos, se vor trata, pe rînd, afecțiunile secundare, rămase de pe urma vegetațiilor ; afară de tratamentul conservator al amigdalitei cronice recidivate, amintit mai sus, vor fi tratate cu toată grija otitele medii, rinosinuzitele, laringotraheobronșitele, dismorfiile dentomaxilare etc.

Dacă diagnosticarea și tratarea la timp a vegetațiilor adenoide își au importanța lor, trebuie să subliniem că și mai importantă este *profilaxia* acestei afecțiuni, atît de dăunătoare dezvoltării și stării de sănătate a copilului.

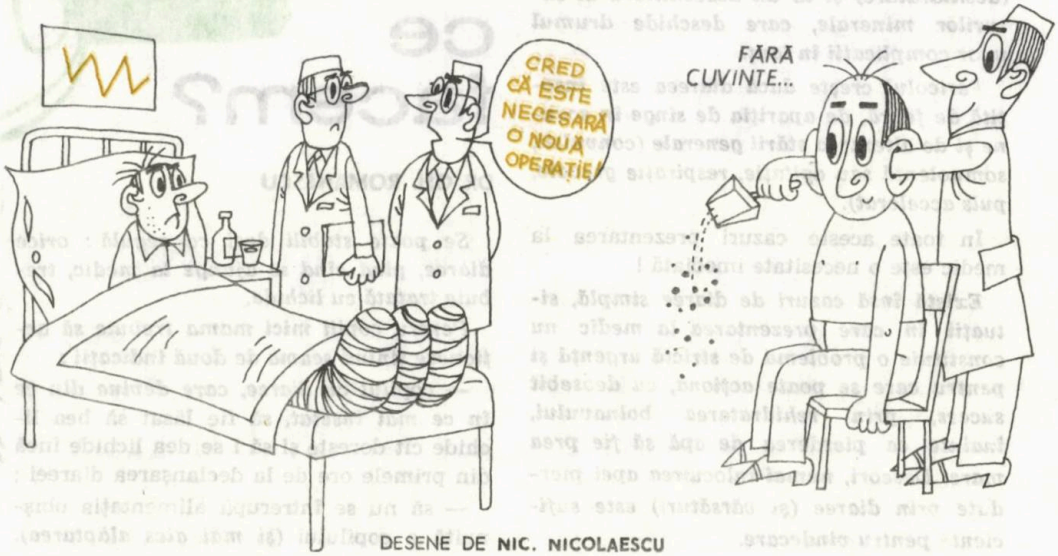
În acest scop, sînt necesare :

— fortificarea (călirea) organismului copiilor, prin măsurile indicate la capitolul tratament ;

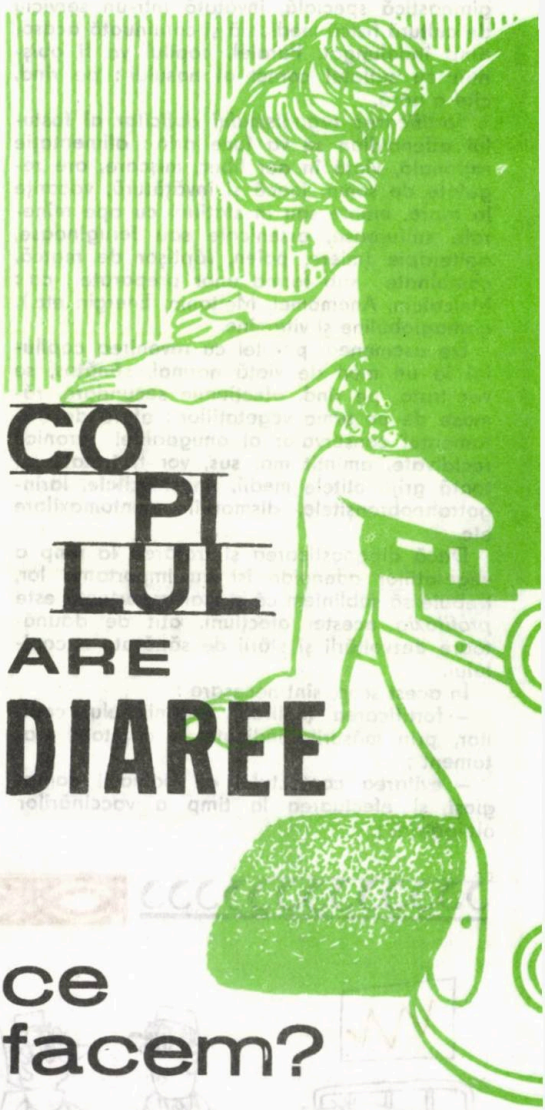
— evitarea contactului cu bolnavii contagioși și efectuarea la timp a vaccinărilor obligatorii ;

— tratarea fără întîrziere și temeinic a oricărei infecții acute respiratorii (rinită, adenoidită etc.) ;

— respectarea regulilor de igienă locală și generală : evitarea stagnării secrețiilor nazale în nas și faringe (prin aspirarea lor cu para de cauciuc la sugar și copilul mic și suflatul corect al nasului de către copilul mare) ; cameră aerisită, însorită, cu temperatura între 18—22 de grade, fără praf, fum, gaze și fără prezența unor persoane fumătoare sau tușitoare ; îmbrăcăminte adecvată anotimpului și locului (în casă sau afară), cu ocrotirea de frig și umezeală a capului, mîinilor și picioarelor.



DESENE DE NIC. NICOLAESCU



COPILUL ARE DIAREE ce facem?

DR. GH. ROMANESCU

Cauzele diareei la copii pot fi foarte diferite. Acest „incident" al sănătății apare în special în momentele de schimbare a mediului sau a condițiilor obișnuite de viață, mai ales în timpul verii și deseori cînd familia se află în concediu, în călătorie etc.

Unele din cele mai frecvente cauze ale diareei pot fi :

— schimbarea tipului de alimentație sau introducerea de noi alimente ;

— excesul de consum al unor alimente : fructe, dulciuri, răcoritoare, grăsimi etc. ;

— schimbarea apei consumate în mod obișnuit cu o apă ce are un alt conținut de minerale ;

— schimbarea modului general de viață : călătorii lungi, obositoare, schimbarea mediului (la munte, la mare, la bunici etc.) ;

— consumul de alimente vechi, alterate parțial (mai ales în sezonul cald), printre care trebuie avute în vedere alimentele ușor alterabile (cu creme de ou sau de lapte, maioneze, carne, frișcă etc.) ;

— infecții intestinale, dintre care cele mai frecvente sînt salmonelozele și dizenteria.

În toate aceste cazuri principalul semn de boală este diareea, care poate conduce la o mare pierdere de apă din organism (deshidratare) și la un dezechilibru al sărurilor minerale, care deschide drumul unor complicații în lanț.

Pericolul crește dacă diareea este însoțită de febră, de apariția de sînge în scaune și de alterarea stării generale (convulsii, somnolență sau agitație, respirație greoaie, puls accelerat).

În toate aceste cazuri prezentarea la medic este o necesitate imediată !

Există însă cazuri de diaree simplă, situații în care prezentarea la medic nu constituie o problemă de strictă urgență și pentru care se poate acționa, cu deosebit succes, prin rehidratarea bolnavului, înainte ca pierderea de apă să fie prea mare. Deseori, numai înlocuirea apei pierdute prin diaree (și vărsături) este suficientă pentru vindecare.

Se poate stabili deci ca regulă : orice diaree, pînă cînd se ajunge la medic, trebuie tratată cu lichide.

Pentru copiii mici mama trebuie să acționeze ținînd seama de două indicații :

— copilul cu diaree, care devine din ce în ce mai însetat, să fie lăsat să bea lichide cît dorește și să i se dea lichide încă din primele ore de la declanșarea diareei ;

— să nu se întrerupă alimentația obișnuită a copilului *(și mai ales alăptarea).*

Întreruperea alimentației nu ajută la vindecare. *Dacă copilul refuză alimentarea nu va fi forțat.* Numai medicul va hotărî *asupra instituirii unui regim dietetic. Bineînțeles că în cazul în care se suspectează un anumit aliment ca fiind cauza diareei, acesta va fi scos din alimentație.*

Cu ce se face rehidratarea

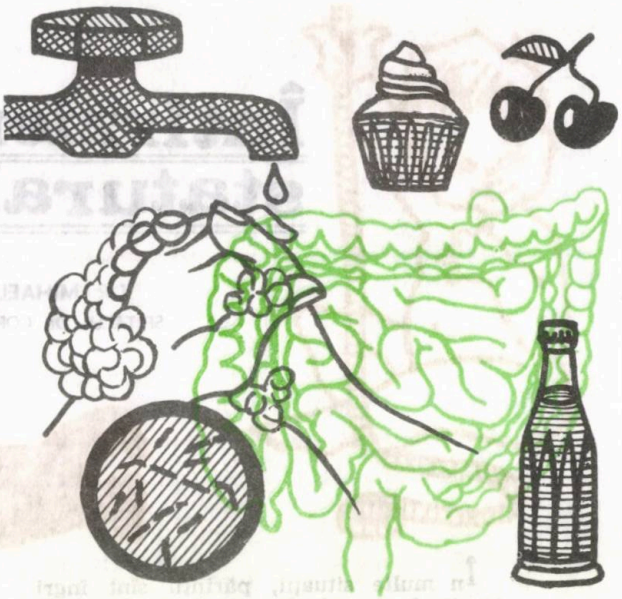
*De la o farmacie din apropiere se poate furniza următorul amestec * :*

Clorură de sodiu	3,5 g
Bicarbonat de sodiu	2,5 g
Clorură de potasiu	1,5 g
Glucoză	20 g

Acest amestec se dizolvă într-un litru de apă fiartă și răcită.

Cantitatea de lichid ce se dă bolnavului este echivalentă cu cantitatea de apă ce se apreciază că a pierdut-o prin scaune și vărsături.

* Formula O.M.S.



În cazuri de diaree nu se dă : streptomicină, neomicină, purgative sau tincturi calmante.

Adulții *cu diaree vor fi tratați la fel sau chiar cu apă sărată (o linguriță rasă de sare la 1 litru de apă).*

Mai bine să glumim...

— De ce aveți o înfățișare așa de îngrijorată, doamnă Tabmen ? ! — întreabă medicul.

— Vai, nu mă mai întrebați, doctore ! M-au năpădit numeroasele mele griji materne, pentru fetele mele nemăritate !

— Nu vă mai necăjiți atîta ! Ar fi fost penibil dacă grijile materne le-ar fi avut fiicele dumneavoastră nemăritate !

●

Un medic întreabă pe pacientul său :

— Dumneavoastră ați început să auziți mai bine cu noul aparat auditiv, pe care l-ați procurat la recomandarea mea ?

— Da, desigur ! Am reușit să-mi schimb deja de vreo trei ori testamentul !

●

Îmbolnăvindu-se, un medic veterinar a invitat la domiciliul său pe un medic uman, căruia îi spune :

— M-am îmbolnăvit subit ; însă aș dori să vă spun că atunci cînd tratez pacienții mei patrupezi mă bizui numai pe propria mea intuiție ! Încercați și dumneavoastră să vă folosiți de metoda mea. Procedați exact ca mine !

Medicul l-a consultat cu atenție, i-a prescris medicamentele și, întinzîndu-i rețeta, i-a spus :

— Dacă în două săptămîni nu vă faceți bine, mă tem că atunci va trebui să fiți sacrificat din necesitate !

●

— Vă mulțumesc foarte mult, doctore, pentru că m-ați făcut bine ! Îmi pare însă nespus de rău că eu nu pot să vă achit acuma nota dvs. de plată ! Vă voi avea însă în vedere să vă trec, neapărat, în testamentul meu !

— Admirabil ! Numai că, vă rog să-mi dați, pentru cîteva clipe, rețeta pe care v-am prescris-o ! Aș dori să-i fac unele modificări corespunzătoare !

●

Un medic îi spune pacientului său :

— Trebuie să mîncați mai mult pește, care conține fosfor, foarte necesar organismului !

— Doctore, scopul meu este ca să mă fac sănătos, nu de a ilumina locurile întunecoase, noaptea !

●

— Tensiunea dv. nu prea îmi place ! — spune medicul, dînd din cap.

— Dar cum este, doctore, mare ori mică ?

— Este normală, dar în timpurile noastre moderne, acesta-i semn rău !

●

Fiindu-i greu să pună un diagnostic precis, un medic se adresează, cu prudență, pacientului său :

— Vă rog să-mi spuneți, mai înainte de aceasta, tot așa ,v-ați simțit ?

— Da, doctore !

— Atunci, este destul de evident ! Înseamnă că suferiți, din nou, de aceeași boală !

Selectate și traduse din limba rusă (rev. „Krokodil") de :

ALEXEI NICOLESCU

decît să ne necăjim!

Întîrzierea creșterii staturale a copiilor

DR. MIHAELA MARIAN
SPITALUL DE COPII „CARAIMAN"

În multe situații, părinții sînt îngrijorați de faptul că statura copilului lor este mai mică decît a altor copii de aceeași vîrstă și, pentru acest motiv, se adresează medicului pediatru.

De la început, trebuie să recunoaștem că a da un răspuns prompt și corect la o astfel de problemă este foarte dificil și uneori hazardant ; dificultatea ține de o multitudine de factori care pot determina o întîrziere în dezvoltarea fizică (ponderală și în special staturală) a copilului, denumită în termeni medicali „nanism" (termenul de „nanism" provine de la cuvîntul latin „nanus", care înseamnă pitic), iar precizarea cauzei determinante necesită o paletă largă de investigații paraclinice (biochimice, bioenergetice, radiologice), unele din ele de înaltă tehnicitate.

Evoluția tuturor ființelor vii se realizează prin două mari procese cu determinare multifactorială : creșterea și dezvoltarea.

Creșterea este procesul fiziologic prin care se măresc dimensiunile corporale, ceea ce se realizează prin înmulțirea celulelor și creșterea volumului acestora, iar *dezvoltarea* reprezintă procesul prin care structurile și funcțiile organismului se perfecționează continuu, avînd loc maturarea echipamentelor enzimatice, endocrine etc.

Procesul de creștere are nevoie pentru buna sa desfășurare de un aport crescut de substanțe cu rol plastic și energetic, de electroliți, oligoelemente și vitamine.

Creșterea poate fi perturbată încă din perioada prenatală, statura fiecăruia dintre noi fiind determinată genetic.

Avînd la bază controlul sintezei proteinelor structurale, factorul genetic își pune amprenta asupra ritmului de creștere, asupra dimensiunilor și morfologiei organismului.

Atunci cînd părinții sau alte rude apropiate ale copilului pe care îl suspicionăm de nanism au o statură mică, ne putem gîndi la posibilitatea unui *nanism constituțional*, dar întotdeauna această bănuială trebuie să fie confirmată printr-o examinare clinică amănunțită și de laborator, care să excludă ceilalți factori ce pot duce la nanism.

Pe de altă parte, un număr foarte mare de boli cu determinism genetic sînt însoțite de statură mică. O parte din aceste boli pot fi diagnosticate încă de la naștere sau din primul an de viață, dacă ținem seama că adesea la statura mică se asociază malformații congenitale și deficit mintal, creînd tablouri clinice tipice, ca în cazul *nanismului comptomelic cu detresă respiratorie*, descris de Harisson în 1971, care are asociate, staturii mici : membre scurte, cu picior strîmb bilateral, deviație bilaterală a indexului, hipotonie musculară marcată și insuficiență respiratorie gravă la naștere. *Nanismul cu cap de pasăre*, descris de Virchov și Sechel, asociază la statura mică : cap și față mică, nas proeminent, acvilin, mandibulă slab dezvoltată, bolta palatină înaltă, tulburări de dentiție, globi oculari proeminenți și întîrziere mintală. *Nanismele de tip condrodisplazic* sînt caracterizate prin membre scurte, mandibulă mică, boltă palatină dehiscentă, adeseori întîrziere mintală. Am dat numai cîteva exemple de boli genetice care au în tabloul lor clinic statură mică a copilului.

În afară de bolile genetice, procesul creșterii poate fi influențat, încă din viața intrauterină, de o serie de factori ce țin de starea femeii gravide, dintre care amintim :

— unele boli cronice sau unele infecții acute pe care gravida le prezintă în cursul sarcinii ; este cazul rubeolei și al gripei, care pot perturba dezvoltarea fătului în uter și cauza malformații grave ;

— cercetări numeroase au arătat că o serie de medicamente administrate gravidei pot avea efecte nocive asupra produsului de concepție ; este cazul să amintim aici Thalidomida care, administrată în cursul sarcinii, a provocat malformația congenitală numită *focomelie* (lipsă de dezvoltare a oaselor lungi), motiv pentru care a și fost scoasă din uz ;

— surmenajul fizic și psihic al mamei, precum și un regim alimentar carențat, unilateral, ca în cazul unor practici mistico-religioase, care prin ritualul lor imprimă adepților un regim privațional, ce se răsfrînge negativ asupra dezvoltării intrauterine a fătului.

Factorului nutrițional îi revine un rol deosebit de important în asigurarea creșterii și dezvoltării normale a copilului.

Lipsa unui aport alimentar adecvat în principii nutritive afectează uneori grav procesul de creștere, fiind una din cauzele cele mai importante ale nanismului.

Deficitul de principii nutritive poate fi cauzat de un aport alimentar necorespunzător, care prin perpetuarea în timp duce la încetarea creșterii staturale, fie prin tulburări de digestie și absorbție la nivel intestinal, a unor principii alimentare, în cazul sindroamelor de malabsorbție înnăscute sau dobîndite prin infecții digestive trenante și / sau recidivante, parazitoze intestinale etc.

Diagnosticarea acestor forme de nanism se realizează de obicei greu, necesitînd o anamneză corectă asupra regimului alimentar al copilului și o multitudine de probe paraclinice de mare finețe și complexitate, unele dintre ele deosebit de costisitoare.

Bolile congenitale de metabolism nu sînt foarte frecvente, dar, prin privarea celulelor organismului de anumite principii nutritive, duc în final la o creștere deficitară.

O altă cauză care influențează creșterea copilului — de vîrstă mică în special — este lipsa de afecțiune și îngrijire din partea mamei.

De-a lungul anilor, numeroase studii au arătat că acei copii care cresc într-un climat familial nefavorabil, copiii nedoriți, cei care sînt crescuți în colectivități închise și cei spitalizați perioade lungi de timp au o creștere mai înceată, o statură mai mică și adesea o dezvoltare psihointelectuală sub limitele vîrstei, datorite carențelor psihoafective și absenței îngrijirilor materne.

Una dintre condițiile esențiale pentru ca un organism să crească normal și să se dezvolte armonios este o stare de sănătate perfectă. Toate bolile cu evoluție cronică reprezintă la copil factori ce influențează negativ creșterea. Spre exemplu, bolile respiratorii cronice, ca astmul bronșic și bronșiectazia, prin insuficiența respiratorie cronică pe care o realizează (datorită deficitului cronic de oxigenare a țesuturilor), nediagnosticate și netratate la timp, duc la nanism.

Toți copiii care prezintă un grad mai mic sau mai mare de insuficiență cardiacă cronică, indiferent dacă aceasta se datorește unor malformații congenitale de cord sau unor boli cardiace severe dobîndite, ca miocardita sau endocardita, pot avea statură mică.

Alți doi factori importanți care duc la nanism sînt insuficiențele hepatice și renale cronice.

Intoxicațiile cronice (de exemplu, cea cu nicotină și alcool), prin perturbările metabolice pe care le produc, și poluarea în condițiile vieții moderne sînt factori care influențează negativ creșterea.

Este cunoscut faptul că sistemul nervos reprezintă coordonatorul tuturor funcțiilor

organismului, deci și al procesului de creștere. Astfel, copiii cu suferințe cerebrale cronice, denumite la un loc „encefalopatii cronice infantile", au de regulă o statură mică.

Vom insista mai mult asupra nanismului de cauză endocrină, considerat multă vreme a fi cel mai frecvent întîlnit la copil.

Dintre nanismele endocrine ponderea cea mai mare o are nanismul cauzat de insuficiența hipofizară a hormonului denumit „de creștere", caracterizat prin statură mică, dar armonică, cu aspect gracil al corpului și intelect normal. O altă cauză endocrină de nanism este insuficiența hormonului tiroidian, care provoacă boala denumită *mixedem congenital*, caracterizată prin statură mică, conformație rotundă a feței (cu aspect de „lună plină") și limbă mare, care atîrnă din gură (macroglosie), paloare, aspect infiltrat al tegumentelor cu țesut gras abundent și întîrziere mintală severă. Hiperfuncția hormonilor sexuali realizează, de asemenea, alături de instalarea precoce a pubertății, o statură mică, prin osificarea prematură a cartilajelor de creștere. Unele tulburări ale funcției glandelor suprarenale determină încetinirea ritmului de creștere.

Din cele expuse rezultă că la creșterea staturală concură o multitudine de factori ce trebuie luați în considerare în diagnosticul și elaborarea atitudinii terapeutice față de tulburările de creștere.

Diagnosticul nanismului presupune, într-o primă etapă, stabilirea gradului de întîrziere a creșterii, pe baza anamnezei, a examenului clinic și ținînd seama de parametrii antropometrici (talie, greutate, perimetre), de criteriile somatice de maturitate — dintre care deosebit de importantă este aprecierea vîrstei osoase — și de parametrii funcționali (toleranță digestivă, rezistență la infecții, aprecierea maturației neuropsihice), raportînd datele obținute la datele statistice. În etapa următoare se precizează etiologia manismului prin elaborarea unui plan complex de investigații clinice și de laborator, necesitînd o colaborare interdisciplinară amplă, care implică un număr mare de specialități (pediatrie, endocrinologie, neurologie, radiologie, biochimie), de la caz la caz.

Odată stabilită etiologia nanismului, este necesară alcătuirea unui plan terapeutic. Atitudinea terapeutică în nanism nefiind unitară vizează, în primul rînd, etiologia acestuia. În cazul nanismelor datorite bolilor genetice, terapia este de obicei mai

puțin eficientă, datorită malformațiilor și întîrzierii mintale asociate.

În nanismele secundare, însă, rezultatele sînt optimiste, cu condiția ca încetinirea ritmului de creștere și cauza sa să fie descoperite la timp. În cazul acestora din urmă, tratamentul se adresează fiecărei etiologii în parte și constă, ca primă atitudine, în înlăturarea cauzei perturbatoare : corectarea regimului alimentar și elaborarea unui plan corespunzător de recuperare a malnutriției, corectarea tulburărilor de digestie și absorbție, tratarea corectă a bolilor cronice, urmărirea corectă a gravidei pe toată perioada sarcinii, realizarea unui regim optim de activitate a copilului.

În cazul nanismelor endocrine tratamentul este substitutiv și constă în compensarea deficitului hormonal printr-un aport extern al acestuia. În nanismul hipofizar se administrează hormon extras din hipofiză umană (HCH) (preparat de Institutul de endocrinologie din București), în doze săptămînale. Adeseori în nanismul hipofizar, dar nu numai în acesta, vîrsta înălțimii este mai mică decît vîrsta osoasă, motiv pentru care este nevoie ca tratamentul să înceapă cît mai curînd și să dureze suficient timp, pentru a realiza o dezvoltare staturală acceptabilă ; în caz contrar, deficitul statural față de normal se accentuează. În insuficiența tiroidiană congenitală (mixedemul congenital), tratamentul substitutiv trebuie să înceapă de

la naştere, pentru a împiedica instalarea tulburărilor în dezvoltarea sistemului nervos, iar în cazul în care antecedentele familiale au evidenţiat prezenţa bolii şi la alţi membri ai familiei, chiar din ultimul trimestru de sarcină. El constă în administrarea zilnică şi pe timp îndelungat (uneori chiar toată viaţa) de extract de tiroidă, sub controlul permanent al pulsului, greutăţii, taliei, vîrstei osoase şi concentraţiei iodului în sînge (iodemie), precum şi a scintigramei tiroidiene.

În afara tratamentului adresat cauzei determinante a bolii, în toate cazurile se poate folosi, *dar numai sub control medical strict*, un tratament stimulator al creşterii, bazat pe administrarea de anabolizante de tipul Naposimului şi Dianabolului, vitamine din grupul A, B, C, D şi E, calciu, în cure adaptate vîrstei şi gradului de întîrziere a creşterii.

Pornind de la axioma că este mai uşor să previi decît să tratezi o afecţiune, este de datoria tuturor — medic, familie, educator — să colaboreze la depistarea precoce a cauzelor care împiedică buna dezvoltare fizică a copilului şi la tratamentul corect al acestora, pentru că, în majoritatea cazurilor, recuperarea staturală este posibilă.

MIGRENA *la copil*

DR. OCTAVIAN POPESCU
MEDIC PRIMAR
SPITALUL DE COPII „CARAIMAN"

Migrena sau hemicrania (denumită astfel deoarece durerea de cap se localizează, de regulă, la o jumătate a capului) constituie deci o boală atît a adultului, cît şi a copilului. Ea produce o suferinţă atroce bolnavului şi, implicit, diminuarea pînă la anularea randamentului intelectual sau fizic al activităţii sale zilnice.

Boala este provocată de un spasm al vaselor din creier (de regulă numai de o singură parte), localizată de obicei frontal sau occipital (în regiunea cefei). Crizele de migrenă survin periodic şi sînt precedate de unele suferinţe sau semne clinice prodromale (care prevestesc apariţia crizei), cel mai adesea manifestate prin tulburări ale vederii, fotofobie (bolnavul nu poate privi spre o sursă luminoasă naturală sau artificială, deoarece îl deranjează), ameţeli, dificultăţi uşoare în vorbire, greţuri, senzaţie de vomă.

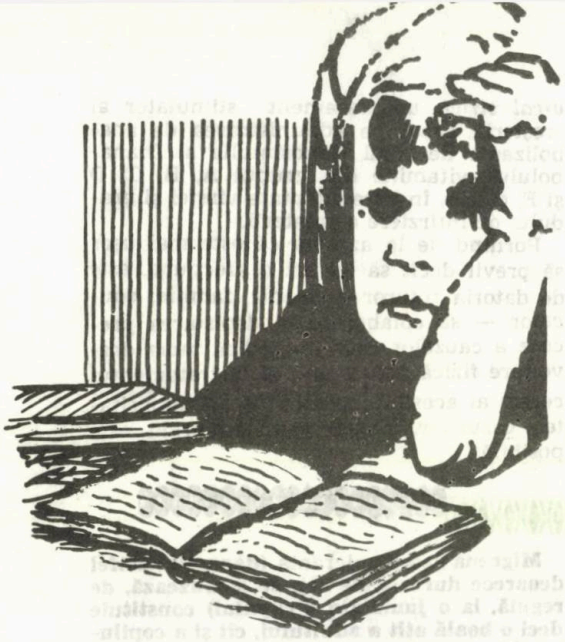
În comportamentul copiilor migrenoşi, în perioada de precriză apar unele modificări neuropsihice : unii prezintă o stare de bună dispoziţie, de veselie şi un neastîmpăr permanent, după care urmează o perioadă de deprimare nervoasă, spre deosebire de alţii la care starea de proastă dispoziţie, de deprimare nervoasă apare de la început.

Scotoamele (bolnavul acuză în cîmpul său vizual unele „scînteieri" sub forma unor linii luminoase colorate sau, mai rar, ca o pată mare neagră, în mijlocul cîmpului vizual) preced adesea criza migrenoasă.

Toate manifestările clinice care prevestesc apariţia unei crize migrenoase o pot preceda cu cîteva minute pînă la cîteva ore. La copil, spre deosebire de adult, nu este obligatoriu ca orice criză migrenoasă să fie precedată de alte semne clinice. Părinţii sau alte persoane din anturajul unui astfel de copil pot sesiza, încă din acest stadiu, iminenţa crizei majore de migrenă.

Mult timp s-a considerat că migrena constituie apanajul vîrstei adulte şi că „durerile de cap", pe care le prezintă frecvent copiii, sînt datorate cu totul altor cauze.

O astfel de interpretare este în mare măsură reală, pentru că de cele mai multe ori durerile de cap (cefaleea) pe care le prezintă copiii în cadrul unor diverse stări de boală (infecţii rinofaringiene, sinuzale, otice, meningoencefalitice etc.) sînt datorate acestora ; ele apar şi dispar odată cu cauza care le-a produs. Există însă şi crize de cefalee ce apar în plină stare de sănătate a copilului, care dispar, cu sau fără tratament, în cîteva zile şi reapar la intervale neregulate de timp. Vorbim, în acest din urmă caz, de migrena juvenilă sau de crizele migrenoase ale copilului, **afecţiune nu atît de rară, pe cît se considera, şi care afectează în special copiii de vîrstă şcolară.**



După cîteva minute sau chiar ore de la instalarea suferinţelor mai sus prezentate, îşi face apariţia, în mod progresiv sau rareori brusc, durerea de cap, simptomul clinic major al migrenei. În majoritatea cazurilor cefaleea se instalează insidios (pe nesimţite). Senzaţia iniţială de greutate sau de apăsare craniană superficială sau profundă devine din ce în ce mai supărătoare, fiind puternică şi insuportabilă, în cîteva ore. Cînd bolnavul acuză durerea maximă, simte nevoia să întrerupă orice activitate psihică sau fizică şi să se retragă într-o încăpere liniştită şi întunecoasă, deoarece orice excitant acustic (zgomot, voce) sau optic (sursă de lumină) accentuează durerea de cap care, fiind pulsabilă (bolnavului îi „zvîcnesc tîmplele"), este foarte greu suportată de bolnav.

Deşi caracteristică crizei migrenoase — atît la adult cît şi la copil — este localizarea durerii la o jumătate a craniului (hemicrania), există, însă, bolnavi la care durerea se extinde în timpul crizei şi la cealaltă jumătate a craniului, astfel încît, copilul bolnav nu mai poate preciza în care regiune craniană simte durerea maximă.

Cefaleea este accentuată de mişcările bruşte ale corpului şi mai ales ale ochilor (fapt pentru care bolnavul preferă să stea cu ochii închişi).

După o evoluţie de cîteva ore (excepţional la copil chiar 1—2 zile), cefaleea începe să scadă în intensitate, persistînd însă senzaţia de jenă craniană timp de alte 3—5 ore. Dacă copilul reuşeşte să adoarmă (somn natural sau provocat prin administrare de medicamente), la trezirea din somn el poate constata cu satisfacţie dispariţia durerii.

Alteori, migrena juvenilă se poate prezenta cu o simptomatologie neurologică severă şi complexă ; la bolnavii din această categorie cefaleea trece pe planul secund, pe primul plan situîndu-se o stare confuzivă (totală dezorientare în timp şi spaţiu), cu tulburări de memorie, însoţită fie de o stare de letargie, fie, din contră, de hiperactivitate.

Momentul apariţiei crizelor de migrenă la copii este situat, de regulă, în jurul vîrstei de 14—16 ani (deci în perioada pubertară), iar dispariţia lor se produce, în majoritatea cazurilor, după vîrsta de 45 de ani, odată cu instalarea meno- sau andropauzei.

În alte cazuri, primele crize la copil apar în jurul vîrstei de 5—6 ani şi dispar la pubertate.

Există o serie de factori care precipită sau favorizează apariţia crizelor migrenoase la copii, dintre care mai importanţi sînt :

— starea de oboseală intelectuală (efort intelectual intens şi prelungit, stare de tensiune, emotivitate) sau fizică (efort fizic susţinut, menţinerea corpului timp îndelungat în aceeaşi poziţie) ;

— călătoriile prelungite, în special în vehicule închise (maşină, tren, avion) ;

— respirarea aerului dintr-o încăpere în care s-a fumat din abundenţă ;

— consumarea unor alimente cu efecte alergizante (heringi în saramură, brînzeturi fermentate, ouă, ciocolată, căpşuni, zmeură, ceapă, nuci etc.) sau ingestia unor medicamente ce conţin tiramină sau hormoni estrogeni ;

— instalarea ciclului menstrual la tinerele fete ;

— modificările atmosferice diverse : umiditate crescută, temperaturi scăzute, expunere prelungită la soare (insolaţie) ;

— existenţa unor tulburări patologice în antecedentele imediate : stări alergice (erupţiile urticariene, eczeme, rinite alergice) sau tulburări digestive (mai ales biliare sau hepatice).

Criza migrenoasă se datoreşte unor tulburări circulatorii cerebrale. Iniţial, în faza apariţiei semnelor prevestitoare ale adevăratei crize migrenoase, se produce vasoconstricţie (un spasm al vaselor unor zone din creier) şi, prin aceasta, se reduce cantitatea de sînge (şi totodată de oxigen)

care hrănește celulele nervoase din creier. Sub efectul subnutriției unor zone din creier se produce într-un stadiu mai avansat un efect invers, adică vasodilatația (relaxarea) acelorași artere, a cărei consecință imediată este apariția durerii violente, pulsatile, pe care o resimte bolnavul.

În sfîrșit, după cîteva ore (uneori chiar zile) vasodilatația este înlocuită treptat cu un edem (o infiltrație lichidă a structurilor nervoase din creier), fază ce corespunde diminuării și, în final, dispariției durerii și totodată a crizei acute de migrenă.

O observație foarte veche, datînd de secole, a atras atenția asupra caracterului familial al crizelor de migrenă. Cercetări recente vin să confirme vechile observații, pledînd în favoarea unei incidențe familiale crescute a migrenei, demonstrîndu-se că în numeroase cazuri, în familia bolnavului, una sau mai multe generații din ascendenții săi au prezentat numeroase rude cu migrenă.

Există un factor ereditar în migrenă, dar care nu întotdeauna este capabil să determine apariția bolii la descendenți ; este necesar să i se asocieze acestuia și unul sau mai mulți factori adiționali, favorizanți (pe care i-am înșirat în rîndurile de mai sus), pentru a apărea la copil crizele de migrenă.

Tot o veche constatare ne atrage atenția că migrena afectează, indiferent de vîrstă, cu precădere sexul feminin.

Faptul că migrena apare în special la fete și femei, că este legată în general de apariția sau dereglarea ciclului menstrual și că dispare după instalarea menopauzei pledează în favoarea unei relații strînse între activitatea hormonilor sexuali și migrenă.

La fel de veche este și constatarea că „o criză de migrenă apare repede și dispare foarte încet" ; numai un bolnav poate să-și dea seama de adevărul cuprins în această afirmație.

Tratamentul migrenei este individualizat, de la caz la caz, și trebuie condus numai de medic ; automedicația pe care este tentat bolnavul să o încerce nu este lipsită de riscuri, deoarece medicația antimigrenoasă include și unele medicamente cu efecte prompte și riscante, dacă nu se administrează în dozele exact calculate.

Deoarece cel mai supărător simptom al bolii migrenoase este cefaleea, ea stă la baza oricărei scheme terapeutice a bolii și se realizează prin administrarea de medicamente analgetice (contra durerii).

Administrate precoce, la primele semne sau cît mai aproape de momentul apariției durerii de cap, ele pot duce la suprimarea suferinței cerebrale. Dintre medicamentele analgetice, cel mai frecvent recomandate în criza migrenoasă sînt : Aspirina (acid acetilsalicilic), Piramidonul (aminofenazona), Fenacetina și Paracetamolul, utilizate singure sau în asocieri (pentru creșterea efectului analgetic), cum este cazul Antimigrinului (piramidon+luminal) sau al Codaminului (piramidon+fenacetină+codeină+cofeină).

Pentru efectul lor favorabil asupra sistemului circulator al creierului, se utilizează în tratamentul migrenei și unii alcaloizi obținuți din cornul de secară, denumiți derivați de ergotamină, dintre care cel mai utilizat este Hyderginul, administrat pe cale orală sau injectabil și ale cărui efecte încep să devină evidente după circa 15—30 de minute din momentul administrării. Rezultate mai bune se obțin atunci cînd derivații de ergotamină se asociază cu un extras medicinal din bobul de cafea, denumit cofeină, preparatele astfel concepute și utilizate fiind Cofedolul (ergotamină + cofeină) sau Cofergotul (ginergen + cofeină).

Diazepamul se utilizează în criza de migrenă pentru efectul său bun în combaterea stării de anxietate și de hiperexcitabilitate întîlnite la cei mai mulți bolnavi ; în plus, favorizînd somnul, poate contribui prin aceasta la suprimarea durerilor de cap ale bolnavului, cel puțin pe perioada cînd acesta doarme.

Tot pentru a favoriza somnul, atît de binefăcător pentru bolnavul aflat în criză migrenoasă, se utilizează, fără riscuri prea mari, Fenobarbitalul (cunoscut marelui public mai ales sub denumirea de Luminal), administrat fie oral, fie injectabil.

Deoarece printre substanțele răspunzătoare de apariția crizei migrenoase se situează la loc de frunte serotonina (un factor chimic din sînge care acționează asupra vaselor sanguine), s-au sintetizat o serie de medicamente capabile să combată efectul dăunător al acesteia, cele mai utilizate fiind Deserilul și Metilsergidul.

De dată mai recentă, a intrat în terapeutica migrenei un nou medicament capabil să diminueze intensitatea acceselor migrenoase sau să le rărească, denumit Propranolol (Inderal), care se poate administra fie pe cale orală, fie injectabilă. Riscul depășirii dozelor sau cel al apariției efectelor nedorite fac din acest foarte activ medicament o armă cu două tăișuri, a cărei manevrabilitate trebuie să stea numai în mîna unui medic cu deplină competență profesională.

La tratamentul medicamentos se va asocia și un tratament igieno-dietetic corespunzător, care va consta în repaus la pat, într-o cameră liniștită, întunecoasă, și o alimentație ușoară, lipsită de condimente și de unele alimente incriminate în declanșarea crizelor migrenoase (și pe care le-am enumerat în rîndurile de mai sus).

Copilul migrenos necesită o ambianță deosebită, atît în familie, cît și în școală. El trebuie înconjurat și îngrijit cu căldură și înțelegere de cei apropiați lui ; trebuie încurajat și ajutat să depășească cu bine fiecare criză de migrenă, psihoterapia jucînd un rol deosebit în tratamentul de fond al acestei boli. Numeroase cazuri de migrenă apar și dispar în perioada copilăriei ; celelalte pot apărea la vîrste tinere și dispărea după mulți ani de evoluție, determinînd, cel puțin în perioada crizelor, o invaliditate cu implicații neplăcute directe asupra bolnavului și indirecte asupra anturajului, a familiei sau a locului său de muncă (școală, atelier, birou etc.).

Cercetări medicale susținute, desfășurate în diverse puncte de pe glob, urmăresc să elucideze cauzele și mecanismele intime de producere a crizelor migrenoase, făcînd posibil găsirea unor mijloace terapeutice eficiente și prompte în tratamentul acestei boli.

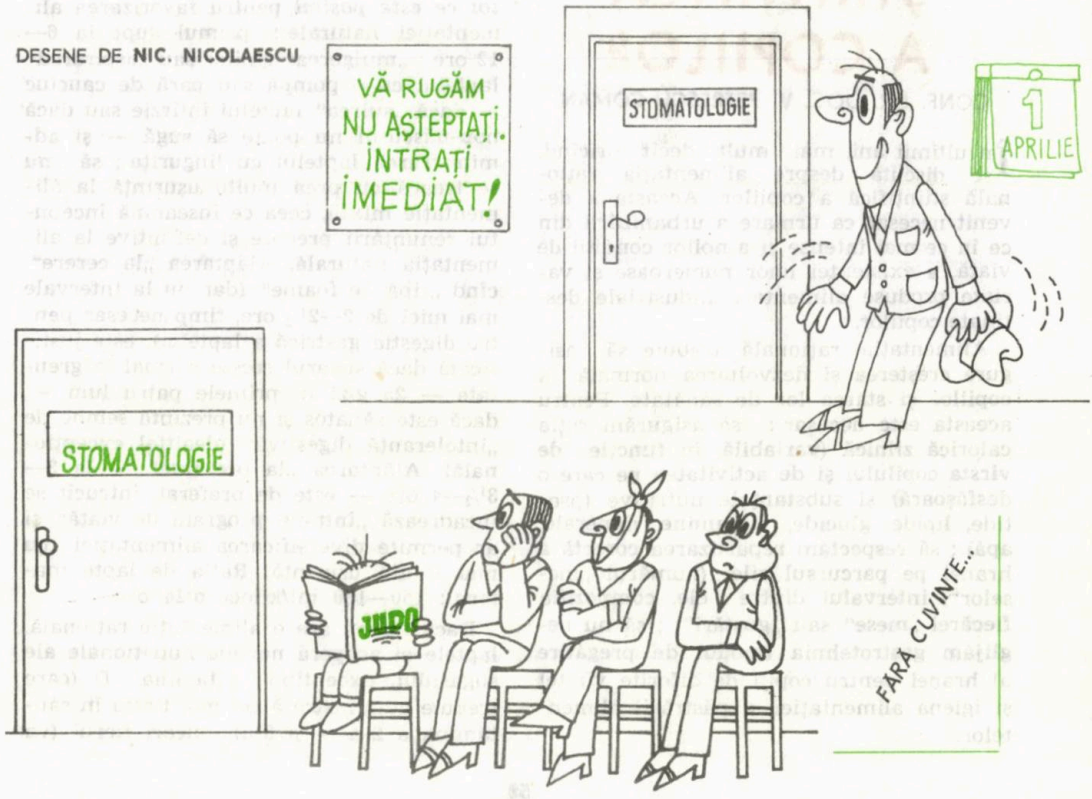
MINUTURI UMORISTICE

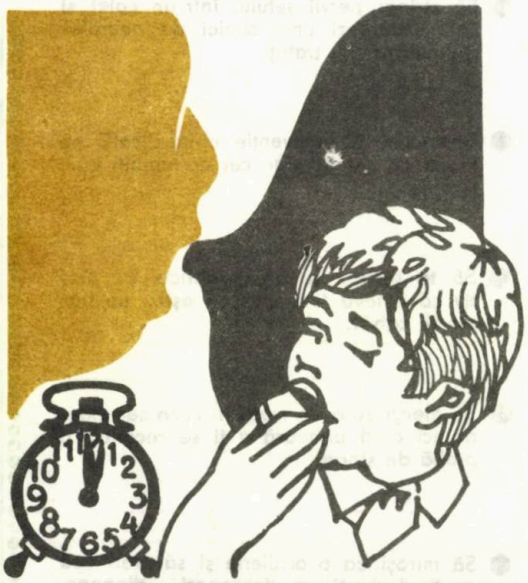
POSIBILE ŞI IMPOSIBILE

- Să mergi la medicul dermatolog, pe motiv că ţi-a intrat cineva sub... piele.
- Să mănînci ceva alterat şi să i se facă rău chelnerului care te-a servit.
- Să crezi că atacurile de inimă nu ţi le produce cardiopatia ischemică ci... dragostea.
- Să faci peste tot numai gafe, pe motiv că-ţi lipseşte... măseaua de minte.
- Să-i reproşezi iubitei că te expune unui prediabet zaharat, datorită faptului că este prea... dulce.
- Să stringi nervii şefului într-un colet şi să-i expediezi unei clinici de neurologie pentru a fi trataţi.
- Să refuzi o intervenţie chirurgicală pe motiv că nu îţi plac cei ce umblă cu... intervenţii.
- Să te tratezi cu antidiabetice, pe motiv că cineva ţi-a spus că eşti... un băiat de zahăr.
- Să alergi suta de metri în zece secunde, atunci cînd urmează a ţi se recolta o probă de sînge.
- Să miroşi ca o distilerie şi să crezi că medicul nu-ţi va descoperi... diagnosticul.

I. NEGREANU

DESENE DE **NIC. NICOLAESCU**





ALIMENTAȚIA RAȚIONALĂ ȘTIINȚIFICĂ A COPIILOR

CONF. DR. DOC. **V. PETRESCU-COMAN**

În ultimii ani, mai mult decît oricînd, se discută despre alimentația rațională științifică a copiilor. Aceasta a devenit necesar ca urmare a urbanizării din ce în ce mai intense și a noilor condiții de viață, a existenței unor numeroase și variate produse alimentare industriale destinate copiilor.

Alimentația rațională trebuie să asigure creșterea și dezvoltarea normală a copiilor și starea lor de sănătate. Pentru aceasta este necesar : să asigurăm rația calorică zilnică (variabilă, în funcție de vîrsta copilului și de activitatea pe care o desfășoară) și substanțele nutritive (protide, lipide, glucide, vitamine, minerale, apă) ; să respectăm repartizarea corectă a hranei pe parcursul zilei (numărul „meselor", intervalul dintre ele, compoziția fiecărei „mese" sau „gustări") ; să nu neglijăm gastrotehnia (modul de pregătire al hranei pentru copiii de diferite vîrste) și igiena alimentației și păstrării alimentelor.

Greșelile de alimentație au urmări : periclitează starea de sănătate, determinînd sau favorizînd variate și repetate tulburări digestive ; perturbă creșterea și dezvoltarea normală a copiilor : distrofie, subdezvoltare la subalimentați, supragreutate, obezitate, cu consecințele ei, la supraalimentați ; anemii nutriționale ș.a.

I. Alimentația rațională a sugarului

1. *Alimentația naturală*, la sînul mamei, este cea mai indicată în primele 3—4 luni de viață. Compoziția optimă a laptelui matern adaptat nevoilor nutriționale ale sugarului, perfecta digestibilitate și asimilabilitate a substanțelor nutritive, prezența unor substanțe — proteine serice — care măresc protecția imunologică a sugarului, ferindu-l de multe îmbolnăviri infecțioase, absența microbilor, faptul că nu produce alergie și favorizează interrelația mamă-copil — dacă suge la sînul mamei — îl fac de neînlocuit.

În afară de anumite boli de care suferă mama, nu există contraindicații pentru alimentație naturală.

După nașterea copilului *trebuie făcut tot ce este posibil* pentru favorizarea alimentației naturale : primul supt la 6—12 ore ; „mulgerea" sînilor sau „aspirarea" laptelui cu o pompă sau pară de cauciuc — dacă „suirea" laptelui întîrzie sau dacă nou-născutul nu poate să sugă — și administrarea laptelui cu linguriță ; să nu se treacă cu prea multă ușurință la alimentație mixtă, ceea ce înseamnă începutul renunțării precoce și definitive la alimentația naturală. Alăptarea „la cerere", cînd „țipă de foame" (dar nu la intervale mai mici de 2—$2^1/_2$ ore, timp necesar pentru digestia gastrică a laptelui), este justificată dacă sugarul crește normal în greutate — 25 g/zi în primele patru luni —, dacă este sănătos și nu prezintă semne de „intoleranță digestivă" (dealtfel excepțională). Alăptarea „la ore fixe" — la 3—$3^1/_2$—4 ore — este de preferat, întrucît se încadrează „într-un program de viață" și ar permite diversificarea alimentației cu mai multă ușurință. Rația de lapte matern : 150—180 ml/kilocorp/24 ore.

Dacă mama are o alimentație rațională, laptele ei acoperă nevoile nutriționale ale sugarului, exceptînd vitamina D (care trebuie administrată cel mai tîrziu în săptămîna a 2-a — a 3-a), uneori fierul (va

fi administrat sugarului de la 3—4 luni, prin sucuri de fructe şi diversificarea alimentaţiei, uneori ca medicament) şi fluorul (de administrat de la 2—3 luni, ca medicament, pentru prevenirea cariilor dentare).

De la 3$^1/_2$—4 luni se începe *diversificarea* alimentaţiei. Sugarul va fi *înţărcat* între 6 şi 9 luni, cel mai tîrziu pînă la 1 an.

2. *Alimentaţia mixtă* (lapte matern + lapte praf sau lapte de vacă) dă rezultate mai bune decît alimentaţia artificială.

3. *Alimentaţia artificială* (= nenaturală) cu lapte de vacă sau cu o varietate de lapte praf „umanizat" sau „adaptat" (Humana, Similac, Robaby ş.a.) necesită atenţie deosebită pentru diluţie şi zaharare corectă, pentru igienă pregătirii laptelui şi păstrării lui, a biberonului şi tetinei, constituind un plus de cheltuială din bugetul familiei. Greşeli privind diluarea şi zahararea laptelui şi cele de apreciere a raţiei ocazionează tulburări digestive, subalimentaţie sau supraalimentaţie.

Carenţa de vitamină C, prin fierberea laptelui de vacă şi a laptelui praf, impune administrarea precoce — de la 1—2 săptămîni — de vitamină C, 50—100 mg/zi, iar insuficienţa de vitamină D impune administrarea ei cel mai tîrziu din săptămîna a 2-a—a 3-a.

4. *Diversificarea alimentaţiei sugarului* Momentul optim pentru introducerea altor alimente decît lapte şi „succesiunea" lor constituie încă subiect de discuţii. Recomandăm :

— *Suc de fructe* (citrice, piersici, măr) şi de morcovi : de la 6 săptămîni, începînd cu 1/2 linguriţă/zi, crescînd treptat, pînă la 10 linguriţe/zi, pe măsura toleranţei digestive.

— *Supă de legume şi de zarzavaturi cu griş :* de la 3$^1/_2$—4 luni, la suptul de la ora 13 (14), pe care îl va înlocui ; se pot adăuga cîteva picături — pînă la 1 linguriţă, de ulei vegetal (floarea-soarelui, ulei de porumb).

— *Pireu de legume :* de la 4—4$^1/_2$ luni, împreună cu supă.

— *Fructe* — mere rase, banane, piersici : de la 4—4$^1/_2$ luni.

— *Făinoase* (griş, zeamil, biscuiţi, pesmet de pîine albă) : de la 4—5 luni, în lapte sau în supă.

— *Brînză de vaci :* de la 4—5 luni, de obicei împreună cu fructe (mere), orez fiert în apă sau biscuiţi, zahăr, suc de fructe, la ora 10, înlocuind suptul sau biberonul.

— *Carne* (pui, vită) foarte bine fiartă şi tocată (mixată) : de la 5—5$^1/_2$ luni, ca adaos la supă şi la pireu, începînd cu 1 linguriţă, crescînd pînă la 5 (6) linguriţe, de 4—5 ori pe săptămînă.

— *Supă de carne* sau de *oase* (degresată), alternînd cu supă de legume : de la 5—5$^1/_2$ luni.

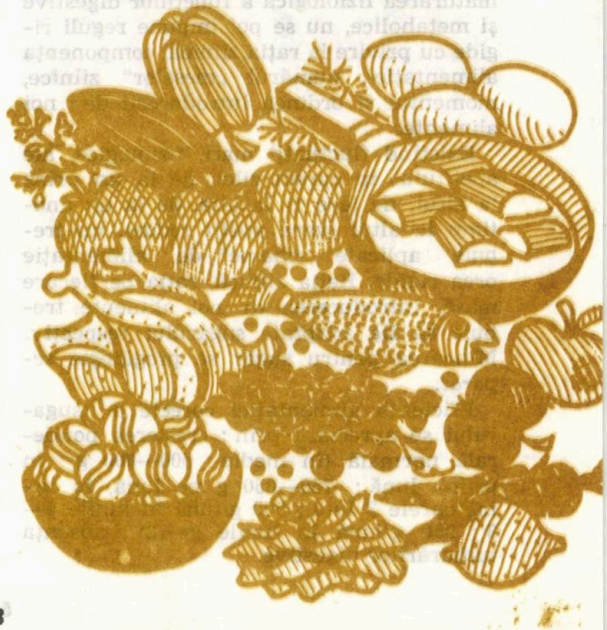
— *Gălbenuş de ou*, fiert „tare" : de la 5$^1/_2$ luni, de 3 ori pe săptămînă, începînd cu $^1/_4$ gălbenuş, crescînd treptat, pînă la 1 gălbenuş.

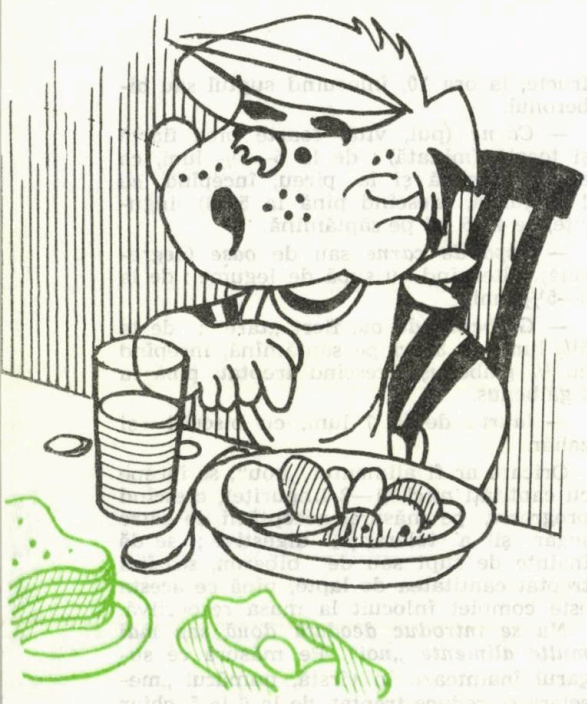
— *Iaurt :* de la 7 luni, cu biscuiţi şi zahăr.

Oricare ar fi alimentul „nou", se începe cu cantităţi mici (1—2 linguriţe), crescînd progresiv, pe măsura acceptării de către sugar şi a toleranţei digestive ; se dă înainte de supt sau de biberon, scăzînd treptat cantitatea de lapte, pînă ce acesta este complet înlocuit la masa respectivă.

Nu se introduc deodată două sau mai multe alimente „noi". Pe măsură ce sugarul înaintează în vîrstă, numărul „meselor" se reduce treptat, de la 6 la 5, chiar 4/zi, la vîrsta de 9 luni — 1 an, intervalul între ele mărindu-se la 4 ore.

De la 9—10 luni se poate da la unele mese : *pîine albă ;* supă acrită cu *borş : perişoare* de carne ; *papanaşi* cu brînză de vaci ; *budinci de făinoase* cu lapte ; *prăjitură de casă* cu aluat fraged ; *mămăligă* foarte bine fiartă, cu brînză de vaci, lapte sau iaurt ; *smîntînă* proaspătă ; *peşte* alb, slab ; *pilaf de orez ; ciulama ; cremă caramel ; kek ; şuncă* slabă proaspătă.





Nu se dau sugarului : fructe, ca : cireşe, vişine, caise (sucul lor poate fi dat) ; pepene, fasole, mazăre ; castraveţi ; carne grasă (porc, peşte) ; mezeluri ; mîncare preparată cu sos, la cuptor sau prăjeli.

Dacă sugarul refuză noul aliment, nu va fi fortat să-l mănînce ; după o pauză de cîteva zile se va reveni, fiind posibil să-l accepte cu plăcere. Nu se diversifică alimentaţia dacă sugarul este bolnav.

Existînd variaţii mari, individuale, în maturarea fiziologică a funcţiilor digestive şi metabolice, nu se pot impune reguli rigide cu privire la raţia zilnică, componenţa alimentaţiei, numărul „meselor" zilnice, momentul şi ordinea introducerii de noi alimente.

Existînd fluctuaţii mari, fiziologice, ale apetitului în cursul zilei, de la un prînz la altul, de la o zi la alta, de la un anotimp la altul (vara apetit redus), nu trebuie aplicate „scheme" de alimentaţie prea rigide. Raţia zilnică, raţia pe fiecare masă, introducerea de noi alimente trebuie să fie adaptate sugarului respectiv. Mîncarea pentru sugar se pregăteşte *separat.*

Eficienţa alimentaţiei corecte a sugarului se apreciază prin : creşterea ponderală normală (în medie : 500—600 g în prima lună ; 750—850 g pe lună, în următoarele 3 luni ; 500 g/lună în lunile 5—8 ; 250 g/lună în lunile 9—12) ; absenţa tulburărilor digestive.

Alimentaţia raţională a copilului mic (1—3 ani)

Alimentaţia va fi, în continuare, adaptată particularităţilor morfofuncţionale caracteristice vîrstei, corect alcătuită din punct de vedere caloric şi al elementelor nutritive.

Sînt permise toate alimentele consumate de copilul de 1 an.

Rămîn interzise : mezeluri (exceptînd şunca slabă proaspătă şi parizerul) ; cîrnaţi ; vînat ; sosuri grase ; prăjeli ; murături şi varză acră (deşi plac !) ; porumb fiert sau copt ; condimente. Să nu se abuzeze de lichide (apă de băut, supe, ciorbe), de ciocolată, dulciuri şi zaharoase, care vor fi oferite la sfîrşitul mesei.

Hrana nu este „fixă", în aceeaşi cantitate la toate cele patru „mese" zilnice şi nici în fiecare zi ; variază de la copil la copil. Felul alimentelor care intră în compoziţia hranei, chiar modul de pregătire pot fi lăsate şi la „alegerea" copilului, pe măsură ce el se măreşte, fără însă ca el să impună meniul. Alimentele vor fi variate (vezi tabel), pentru a se evita pericolul unor carenţe alimentare.

Copilul va fi învăţat să „mestece" bine, ajutînd astfel la o bună digerare a alimentelor. Hrana trebuie să conţină din ce în ce mai multe alimente „consistente", precum şi fibre vegetale (pentru evitarea constipaţiei). Modul de pregătire al alimentelor se va apropia din ce în ce mai mult de modul de pregătire pentru adulţi, astfel încît pentru copilul de 2—3 ani nu se mai „găteşte" separat, dacă hrana adulţilor este raţională şi „corect" pregătită.

Hrana zilnică va fi repartizată în trei „mese" şi o „gustare", la intervale de 4 ore. Între mese sînt permise : suc de fructe şi apă de băut.

Copilul va mînca separat de ceilalţi membri ai familiei, pentru a nu deprinde unele obiceiuri necorespunzătoare, masa fiind folosită şi pentru „educaţia" lui ; nu va fi „forţat" să mănînce, nici nu i se vor face jocuri şi nu i se vor spune „poveşti".

Exceptînd vitamina D, nu este necesar un aport medicamentos de vitamine şi minerale, dacă primeşte o alimentaţie variată, cu fructe şi cantităţi suficiente.

Calculul caloric al hranei consumate nu este necesar decît în caz că, sănătos fiind, copilul nu creşte suficient în greutate (250 g/lună în anul II, 200 g/lună în anul III), dacă se „îngraşă" sau dacă, mîncînd „bine" şi bînd multă apă, rămîne slab (diabet, posibil).

III. Alimentaţia copiilor de la 3–16 ani

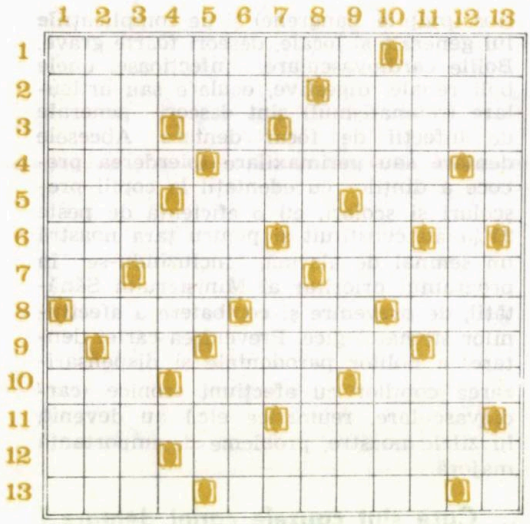
Hrana zilnică trebuie să conţină cel puţin unul din fiecare din cele nouă grupe de alimente : lapte şi lactate, carne şi peşte, ouă, unt şi grăsimi vegetale sau animale, pîine şi paste făinoase ; legume şi zarzavaturi proaspete ; leguminoase uscate ; fructe proaspete ; zahăr, miere, produse zaharoase.

Desigur, copilul nu va consuma în fiecare zi toate alimentele menţionate în tabel, în cantităţile indicate şi mereu la fel pregătite ; hrana ar deveni monotonă, avînd ca urmare scăderea apetitului. Este însă necesar ca în cursul săptămînii respective să consume alimentele indicate, în cantităţile menţionate. În cadrul aceleiaşi grupe de alimente se pot face înlocuiri echivalente din punct de vedere nutritiv. Astfel, consumul insuficient de lapte se suplimentează cu iaurt, brînză, caşcaval şi alte „lactate". Consumul mărit de paste făinoase, grisine, impune reducerea consumului de pîine (din care 2/3 pîine integrală). Consumul insuficient de fructe se compensează prin crudităţi (salată, tomate, ardei gras).

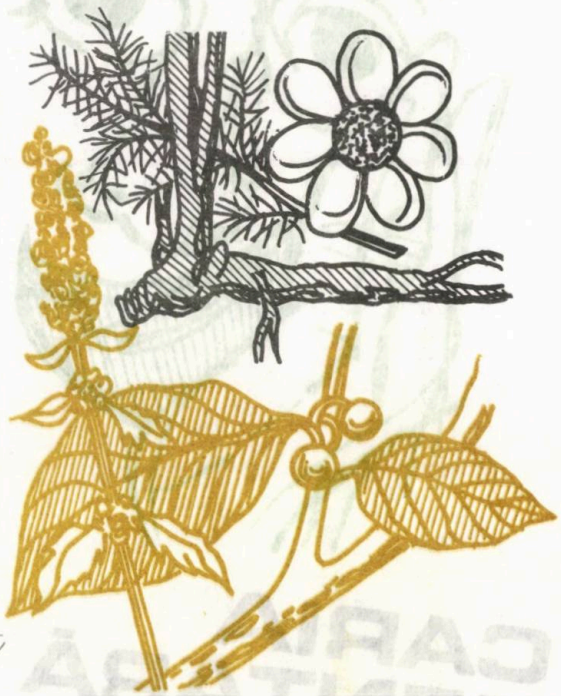
Calculul caloric al hranei devine necesar : cînd creşterea ponderală nu este suficientă (în medie 2 kg/an pînă la 10 ani ; la pubertate spor ponderal 3—6 kg/an, concomitent cu creşterea staturală puternică) sau dacă este supraponderal (plus greutate 10%—20% la greutatea normală corespunzătoare vîrstei) sau obez (plus greutate mai mult de 20%). Activitatea fizică crescută (sport, gimnastică) impune un spor caloric-alimentar proporţional cu efortul depus, iar sedentarismul (televizor !), reducerea hranei. Excesul de lichide nu este favorabil pentru apetit şi digestie. Alcoolul şi cafeaua : *total interzise !*

RAȚII ALIMENTARE PENTRU COPIII DE LA 1—16 ANI

Aliment	1—3 ani		3—7 ani		7—12 ani		12—16 ani	
	g/zi	g/săptămînă	g/zi	g/săptămînă	g/zi	g/săptămînă	g/zi	g/săptămînă
Lapte, iaurt	500	3 500	400—500	2 800—3 500	400—500	2 800—3 500	300—500	2 100—3 500
Brînză	30—50	210—350	50—100	350—700	50—100	350—700	50—100	350—700
Unt	10—15	70—100	15—20	100—140	15—20	100—140	15—30	100—210
Untură	—	—	—	—	15—20	100—140	15	100
Ulei vegetal	5—10	35—70	5—10	35—70	10—15	70—100	10—20	70—140
Carne, ficat	30—50	210—350	100—200 (25 g/an/zi)	700—1 400	250—300	1 800—2 100	300—350	2 100—2 500
Pește alb, slab	—	100—150	—	100—150	—	150—250	—	350—500
Ou bucăți	1 (la 1 an de 4—5 ori/săptămînă, apoi zilnic)	7	1	7	1	7	1	7
Pîine albă; apoi 1/2 — 2/3 integrală	50—150	350—1 050	100—150	700—1 000	150—200	1 000—1 500	200—300	1 400—2 100
Făinoase, paste	50—75	350—500	70—100	500—700	75—100	500—700	75—100	500—700
Cartofi	75—100	500—700	100—150	700—1 000	200—250	1 400—1 700	200—300	1 400—2 100
Legume, zarzavat proaspete	100—150	700—1 000	175—200	1 200—1 400	250—300	1 700—2 100	300—350	2 100—2 500
Legume uscate	—	50—70	—	70—100	—	100—150	—	150—200
Fructe proaspete	100—150	700—1 000	150—200	1 100—1 400	150—250	1 000—1 700	150—250	1 000—1 700
Fructe uscate	—	50—70	—	50—70	—	100	—	100—150
Zahăr	20—30	150—200	20—25	140—175	20—25	140—175	30—40	210—280
Dulceață, gem, marmeladă	5—10	35—70	10—15	70—105	15—20	100—140	15—30	100—200
Ciocolată	—	30—50	—	50—100	—	100	—	100—150



Plante medicinale



ORIZONTAL : 1. Încălțăminte de cuc, plantă din familia primulaceelor cu flori galbene, plăcut mirositoare ; — Pasăre migratoare cu penaj cenușiu. 2. Materie primă pentru vrăjile de altădată — Nume de fată, bună de lecuit junghiurile. 3. Dacă-s minerale, au efecte terapeutice — Pronume posesiv — Purtătorul unor depozite roșii de vitamina C. 4. Drupă cu sămînță comestibilă, fructul unui arbore cu frunze penat compuse, parfumate și folositoare — Cu inima mare. 5. Ceas nemțesc anagramat — Locuitor al vechii Asirii — Însoțesc pe cei cu nasul pe sus. 6. Un Raicu mai mic — Castan, în ultimă instanță ! 7. Învingător — ... ca fierea — Lichid deținut de țesuturile vegetale. 8. Încuietoare — Nume feminin — Roșu la tinerețe și calmant la bătrînețe. 9. Puțină nebunie nu strică ! — Mistic — Nota Redacției. 10. Folosește la cusut — Un bou adorat de egipteni — Anevoie. 11. Plecat cu viteză — Un loc anume. 12. Aproape ușor ! — Cu multe vitamine. 13. Plăgi — Nume de fată.

VERTICAL : 1. Pericol de moarte — Fost adolescent. 2. Fricoși cu urechiușe — Specie de molid. 3. Organele auzului — Plantă anuală aromatică cu flori mici și albe, materie primă pentru uleiuri eterice și substanțe grase. 4. Bebe ! — Plantă decorativă cu flori mari albe, originară din Africa de Sud (pl.). 5. Ou dezmierdat — Sfîrșitul traumei ! — Abdomen de naivă ! 6. ...ciobanului, plantă medicinală din familia cruciferelor cu flori mici albe — Nervul văzului. 7. Cămăși naționale — Nichel (simbol) — Fără căldură — Aproape tos ! 8. Arbust mediteranian cu frunze alungite aromatice și flori mici albe — Condiment picant sub formă de pastă moale galben-verzuie. 9. Strămoșul nostru biblic — Casa celor fără de casă — Imitație incipientă ! 10. Portrete bisericești — Produs vegetal cu gust astringent, solubil în apă, folosit în industria pielăriei. 11. Drupă sferică sau ovoidă de culoare galbenă sau portocalie (pl.) — Sînt bogat — Mamă-mare, în unele regiuni. 12. O parte din unele ! — Mușețel prin unele locuri. 13. Grup social închis strict delimitat de altele prin origine, privilegiu, ocupație (pl.) — Ursuză, urîcioasă (fig.) — Început tulbure !

DICȚIONAR : U.R.H.

AURA ACOSTĂCHIOAIEI

CARIA DENTARĂ

un flagel al lumii moderne

I. Introducere

CARIA DENTARĂ este un proces complex, distructiv, progresiv şi ireparabil, al suprafeţelor dure ale coroanei dentare, smalţ şi dentină, proces ce debutează întotdeauna pe o zonă expusă în mediul bucal. Este comună omului şi animalelor, cu deosebire a vertebratelor, care au dinţi cu structuri şi funcţiuni asemănătoare. Dacă la omul fosil acest proces era o raritate, în epoca neolitică (4000—3000 î.e.n.), eneolitică (3000—2000 î.e.n.), bronz (2000—750 î.e.n.) şi fier (750—150 î.e.n.), frecvenţa ei variază între 20% şi 25% ; în prefeudalism şi feudalism, frecvenţa cariei dentare se dublează, ajungînd la 50—55% ; după 1900 frecvenţa acestui flagel urcă vertiginos, ajungînd în medie la 90%, devenind şi în ţara noastră boala cu cea mai mare morbiditate.

După al doilea război mondial lumea modernă devine îngrijorată nu numai de frecvenţa acestui flagel, considerat „un fenomen însoţitor al civilizaţiei industriale", dar şi de evoluţia rapidă a procesului carios (pulpite, gangrene) şi de complicaţiile lui generale şi locale, deseori foarte grave. Bolile cardiovasculare, infecţioase, unele boli renale, digestive, oculare sau articulare (reumatismul) sînt deseori generate de infecţii de focar dentare. Abcesele dentare sau perimaxilare (pierderea precoce a dinţilor cu edentaţii la copiii preşcolari şi şcolari, cu o eficienţă de peste 25%) au constituit şi pentru ţara noastră un semnal de alarmă, incluzîndu-se în programul prioritar al Ministerului Sănătăţii, de prevenire şi combatere a afecţiunilor stomatologice. Prevenirea cariei dentare, a bolilor parodontale şi dispensarizarea copiilor cu afecţiuni cronice (cardiovasculare, reumatice etc.) au devenit, în zilele noastre, probleme de importanţă majoră.

II. Care sînt cauzele cariei dentare ?

Din prezentarea succintă a epidemiologiei cariei de-a lungul veacurilor în ţara noastră rezultă că acest proces distructiv dentar, ireparabil prin forţele organismului, nu se moşteneşte şi nu se transmite ca alte boli ; alimentaţia bogată în făinoase şi dulciuri, lipsa igienei bucodentare şi a oligoelementelor, de genul fluorului, în apa de băut, constituie principalii factori cauzali.

Consumul din ce în ce mai mare de cereale, începînd din neolitic, folosirea făinei de cereale cu prioritate în feudalism, prin generalizarea morăritului şi invazia pieţei cu zahăr concentrat şi rafinat din sfecla de zahăr, începînd cu sec. al XIX-lea, au constituit cauzele creşterii frecvenţei acestui flagel, a evoluţiei rapide a procesului carios şi a complicaţiilor lui septice şi alergice.

În final, caria dentară este o infecţie dentară, care începe cu decalcifierea smalţului, generată de bacterii de genul *Streptococcus mutans*. Aceşti microbi se hrănesc cu *dulciuri*, din care-şi fabrică *dextran* — o substanţă macromoleculară de natură polizaharidică — ce se depune sub forma unei pelicule fine, care se lipeşte de suprafaţa dintelui, peliculă cunoscută în stomatologie sub numele de *„placă dentară"*. Microbii „locuiesc" sub această peliculă, fiind protejaţi de lizozimul şi elementele imunitare din salivă ; ei produc un mediu acid, prin fermentaţia dulciurilor rămase pe suprafeţele dentare, începînd astfel decalcifierea smalţului şi apoi invazia infecţioasă a dentinei şi pulpei

dentare, cu toate consecinţele dezastruoase ce urmează. Sînt trei elemente ce trebuie reţinute în cauzalitatea cariei dentare, şi anume : menţinerea resturilor alimentare pe suprafeţele dentare mai mult de 10 minute, dezvoltarea prodigioasă a bacteriilor din grupa *Streptococcus mutans* şi a lactobacilului acidofil, după 10 minute, şi receptivitatea crescută a dinţilor în primii 3—4 ani de la erupţie, perioadă în care are loc şi calcifierea lor completă.

III. Cum putem acţiona împotriva acestui flagel ?

Triada etiopatogenică a cariei dentare ne dă cheia profilaxiei. Iat-o :

1. Mărim mai întîi rezistenţa dintelui, a smalţului în special, la procesul de decalcifiere şi de distrugere prin microbi ; acest obiectiv îl realizăm prin *fluorizare.*

2. Îndepărtăm resturile alimentare la cel mult 10 minute, în special după o masă cu dulciuri, ţinînd seama că fermentaţiile microbiene încep la 30 de secunde, iar multiplicarea prodigioasă a microbilor se face după 10 minute ; trebuie să îndepărtăm, cu această ocazie, şi placa dentară microbiană, care se instalează în cîteva ore de la masă.

3. Acordăm mai multă atenţie alimentaţiei cu dulciuri, care trebuie reduse mai ales între mese ; dacă le folosim, totuşi, trebuie neapărat îndepărtate prin periajul dentar.

IV. Ce ştim, ce nu ştim şi ce trebuie să facem în combaterea cariei dentare

1. Ce ştim ?

Ştim principalele cauze ale cariei dentare, cauze ce pot fi îndepărtate de fiecare din noi, printr-o atitudine nouă faţă de sănătatea propriului nostru organism.

Ştim bine că spălarea dinţilor este necesară după principalele mese şi obligatoriu seara, înainte de culcare ; ştim, de asemenea, că bomboanele lipicioase, de genul acadelelor, sau băuturile dulci gazoase, de genul coca-cola, pepsi, produc carii dentare ; mai ştim că fructele, merele în special, legumele verzi, cum ar fi morcovii, coaja de pîine sau pîinea neagră „spală dinţii" şi previn caria dentară.

2. Ce nu ştim ?

Nu ştim să facem corect igiena bucodentară cu peria, pasta de dinţi şi firul interdentar (fildent). Corect înseamnă îndepărtarea plăcii dentare, a tartrului şi a tuturor resturilor alimentare de pe toate suprafeţele dentare, care, la un adolescent cu 32 de dinţi, ajung la 148.

Nu ştim să ne abţinem de la consumul în exces de alimente care ne plac şi care ştim că ne fac rău ; din această grupă fac parte toate făinoasele, dulciurile şi băuturile îndulcite gazoase ; nu ştim, de asemenea, că menţinerea acestor resturi „dulci", mai mult de 10 minute, determină „dezastrul dentar".

3. Ce trebuie să facem ?

a. *Să utilizăm, controlat fluorul,* considerat astăzi metoda cea mai eficientă în profilaxia cariei dentare. Fluorul dă rezistenţa smalţului dentar numai în perioada de erupţie şi calcifiere a dinţilor, din viaţa intrauterină, pînă la 16 ani (la adolescenţă), şi numai cînd se realizează o concentraţie optimă în salivă şi în sînge, corespunzătoare administrării a 1 mg fluor pe zi la copiii şcolari şi a 0,50 mg sau 0,75 mg pe zi la copiii preşcolari (de la 1—3 ani 0,50 mg/zi şi de la 4—6 ani 0,75 mg/zi).

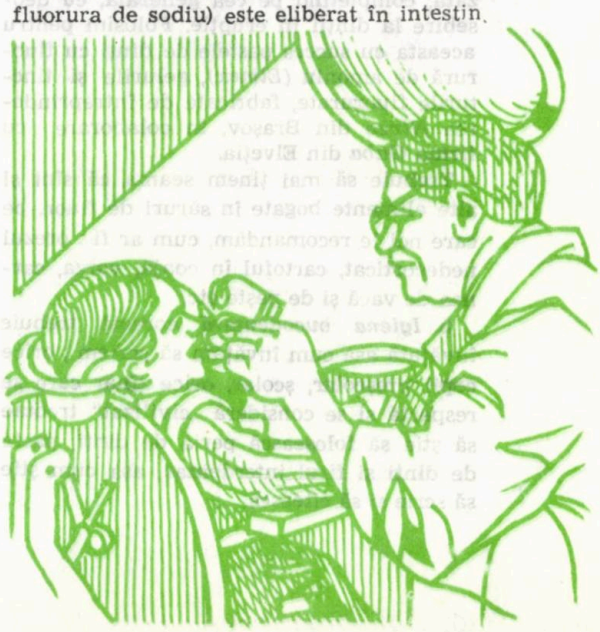
Cum administrăm fluorul ? Prin apă, alimente şi tablete de fluor.

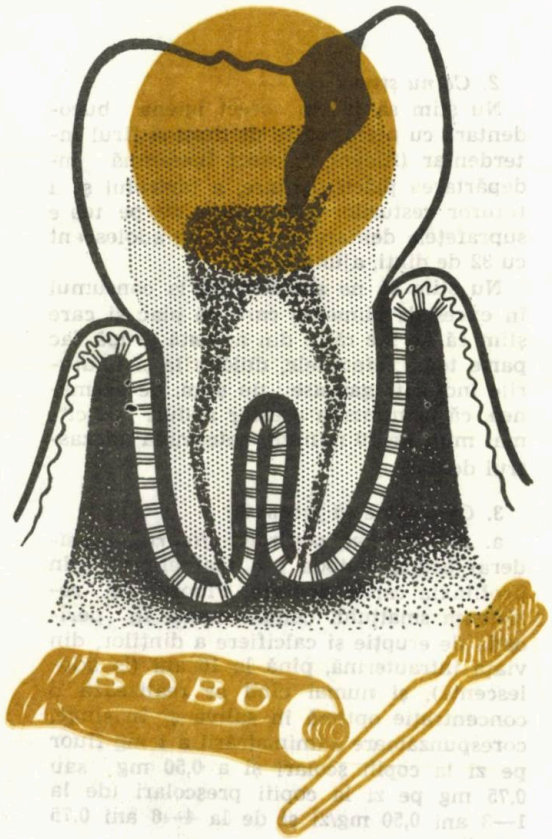
Prin apă : în apa potabilă se adaugă 1 mg fluor la un litru de apă.

Prin alimente : sare de bucătărie, lapte sau pîine fluorurată.

Prin tablete de fluorură de sodiu.

Fluorul din sărurile de fluor (de obicei fluorura de sodiu) este eliberat în intestin.





unde se absoarbe şi trece în circulaţia generală ; de aici intră în combinaţie cu substanţele din smaltul dentar, dînd *fluoroapatită*, rezistentă la atacul carial al microbilor ; o parte din fluor se degajă şi în salivă, de unde îl absoarbe smaltul.

Fluorizarea locală este şi ea mult utilizată, completînd pe cea generală, cu deosebire la dinţii în erupţie. Folosim pentru aceasta cu succes pastele de dinţi cu fluorură de amoniu *(Elmex)*, gelurile şi tincturile fluorurate, fabricate de întreprinderea *Nivea* din Braşov, în colaborare cu firma *Gaba* din Elveţia.

Trebuie să mai ţinem seama că sînt şi alte alimente bogate în săruri de fluor, pe care noi le recomandăm, cum ar fi : orezul nedecorticat, cartoful în coajă, varza, carnea de vacă şi de peşte etc.

b. *Igiena bucodentară* corectă trebuie învăţată aşa cum învăţăm să scriem ; orice copil preşcolar, şcolar, orice tînăr care se respectă şi se consideră „civilizat" trebuie să ştie să folosească peria de dinţi, pasta de dinţi şi firul interdentar, aşa cum ştie să scrie şi să citească.

Cum trebuie să ne spălăm dinţii corect, pentru a îndepărta placa dentară şi resturile alimentare de pe cele 148 de suprafeţe dentare ? Recomandăm pentru copii periile de dinţi *Bobo*, cu fire de nailon, brevetate şi experimentate de Clinica de Stomatologie Infantilă din Bucureşti ; pentru adolescenţi recomandăm periile de dinţi *Cleştar* sau *Cristal*, brevetate şi experimentate de aceeaşi clinică.

Pastele de dinţi *Elmex* sînt cele mai potrivite pentru copiii de la 1 la 16 ani ; se mai pot folosi pastele *Bobo, ABC, Mărgăritar*. Adolescentul poate folosi pastele *Super-Cristal, Optima, Pelamar* sau *Diadent cu propolis* cu principii biologice sau soluţii saline, în curs de fabricaţie, propuse de Clinica de Stomatologie Infantilă din Bucureşti.

Firul interdentar (fildent), în curs de apariţie pe piaţă, este mijlocul cel mai eficace de a îndepărta complet resturile alimentare din spaţiile dintre dinţi.

Apele de gură fluorurate, fabricate de întreprinderea *Miraj*, contribuie cu un plus de eficienţă la igiena bucodentară, îndepărtînd resturile alimentare detaşate de pe dinţi ; totodată aduce şi cantitatea de fluor necesară absorbţiei la nivelul smaltului dentar.

În finalul articolului vă prezentăm o metodă de periaj experimentată de Clinica de Stomatologie Infantilă din Bucureşti, dovedită a fi cea mai eficientă.

Controlul periajului corect se face cu pasta de dinţi revelatoare, cu *Placolor* şi cu *tabletele de Placolor*, existente în comerţ. Pasta de dinţi revelatoare pune în evidenţă mişcările greşite de periaj, mişcări ce pot fi corectate prin învăţare ; tabletele de fluor pun în evidenţă, numai parţial, prezenţa plăcii dentare, ţinînd seama că de obicei copilul suge tableta fixată pe suprafaţa limbii, iar colorantul (eritrozina) nu poate difuza pe toate suprafeţele dentare.

c. *Alimentaţia raţională* se referă la înţelegerea de către copii că prea multe dulciuri strică dinţii ; reducerea raţională a produselor zaharoase, a făinoaselor lipicioase, a băuturilor gazoase îndulcite ar fi un prim succes în profilaxia cariei dentare.

Folosirea cu prioritate a pîinii integrale, a merelor şi legumelor crude, în recreaţiile mari, ar fi un al doilea pas spre profilaxia cariei.

Utilizarea produselor de panificaţie şi lactate propuse şi experimentate de Clinica

de Stomatologie Infantilă din Bucureşti ar fi un alt mare pas spre profilaxia cariei dentare ; în această grupă ne referim la fibro, fibropan, fibrogrisine, cariolact şi la *chewing-gum*-ul fluorurat, în curs de asimilare.

V. Consultaţia programată

Se efectuează de două ori pe an la copiii preşcolari şi o dată pe an la şcolari. Dezvoltată de ţara noastră în cabinetele şcolare prin dispensarizare, consultaţia programată reprezintă metoda de elecţie, dovedită eficientă în toată lumea.

Pentru a convinge copilul să vină la medicul stomatolog facem următoarele recomandări :

1. Explicaţi copilului, cu tact şi răbdare, folosind expresii simple, cum apare caria dentară şi importanţa tratamentului ei.

2. La prima vizită în cabinetul stomatologului, *explicaţi* copilului rolul medicului şi necesitatea controlului periodic.

3. Inspiraţi copilului *încredere,* printr-un comportament normal. *Fiţi un model ideal !*

4. Convingeţi copilul *să se lase tratat,* chiar dacă *doare puţin.* Nu pronunţaţi, în faţa lui, cuvintele „seringă", „injecţie" şi altele care ar putea să-i inspire teamă.

5. Nu promiteţi copilului cadouri după tratament. Lăudaţi-l copiilor mai mari cît a fost de curajos.

6. Explicaţi copilului necesitatea păstrării unei igiene riguroase a gurii.

VI. Ce obiective ne propunem să realizăm în următorii ani în combaterea cariei dentare ?

Clinica de Stomatologie Infantilă din Bucureşti stă la dispoziţia tuturor copiilor, adolescenţilor, educatorilor, profesorilor şi a tuturor părinţilor pentru a face demonstraţii de igienă bucodentară, testarea ei, fluorizarea locală a dinţilor la copii şi recomandări referitoare la îngrijirea dinţilor, în general.

Sperăm că în acest fel şi în condiţiile în care micii noştri pacienţi realizează întocmai recomandările noastre, să reducem caria dentară cu 70%, aşa cum s-a reuşit deja, prin mijloacele profilactice amintite, în unele ţări.

VII. Metoda de periaj experimentată de Clinica de Stomatologie Infantilă din Bucureşti

A. Cum trebuie să vă spălaţi pe dinţi :

Timpul I — dreapta jos :

a) partea interioară (mişcare de jos în sus) ;

b) partea de deasupra (mişcări de du-te vino pe suprafaţa dinţilor) ;

c) partea exterioară (mişcări de jos în sus).

Timpul II — stînga jos :

a) partea interioară (mişcări de jos în sus) ;

b) partea de deasupra (mişcări de du-te vino pe suprafaţa dinţilor) ;

c) partea exterioară (mişcări de jos în sus).

Timpul III — dreapta sus :

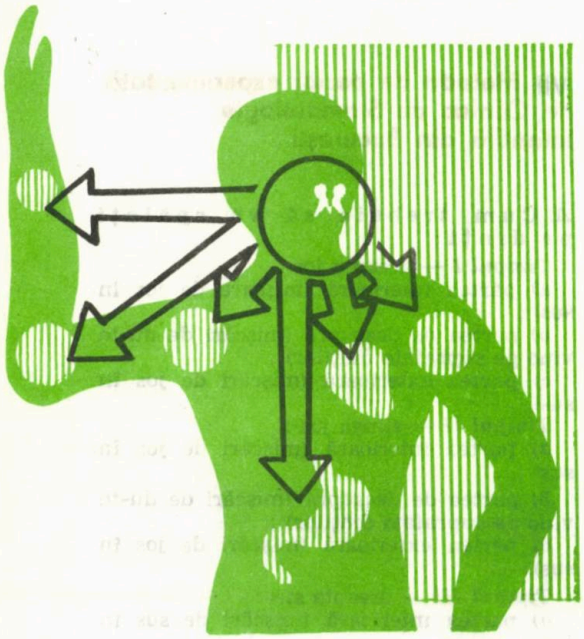
a) partea interioară (mişcări de sus în jos) ;

b) partea de deasupra (mişcări de du-te vino pe suprafaţa dinţilor) ;

c) partea exterioară (mişcări de sus în jos) ;

Timpul IV — stînga sus :

a) partea interioară (mişcări de sus în jos) ;



b) partea de deasupra (mişcări de du-te vino pe suprafeţele dinţilor) ;

c) partea exterioară (mişcări de sus în jos).

Timpul V — partea din faţă — frontal jos :

a) partea exterioară (mişcări de jos în sus) ;

b) partea interioară (periuţa merge de jos în sus în axul dinţilor).

Timpul VI — partea din faţă — frontal sus :

a) partea exterioară (mişcări de sus în jos) ;

b) partea interioară (periuţa merge în axul dinţilor de sus în jos).

Timpul VII — partea din faţă (frontală) sus şi jos :

Periuţa este mişcată de sus în jos şi de jos în sus, de la caninul din dreapta la caninul din stînga, schimbînd poziţia periuţei de partea dreaptă sau stîngă.

Atenţie! *Toate mişcările se fac de 10 ori.*

B. Cînd trebuie să vă spălaţi pe dinţi:

— după fiecare masă principală ;

— obligatoriu seara, înainte de culcare.

C. Cu ce trebuie să vă spălaţi pe dinţi:

— cu peria de dinţi pentru copii (Bobo) ;

— cu pastă de dinţi pentru copii (Irinel, Bobo Spray, Placolor).

Testare şi control — cu tablete Placolor.

PROF. DR. DOC. **P. FIRU**
I.M.F. BUCUREŞTI

„DANTURĂ ŞI UMOR"

Un caz de „respingere" de proteză

Sala de aşteptare a policlinicii de stomatologie. Pacienţii îşi aşteaptă rîndul. Un tînăr se adresează unui bătrîn de lîngă el :

TÎNĂRUL : – Şi dumneavoastră... cu dinţii ?

BĂTRÎNUL : – Da. Vreau să-mi fac o proteză.

TÎNĂRUL : – De sus sau de jos ?

BĂTRÎNUL : – Şi de sus, şi de jos. Aia de sus mă bate, mă apasă, de parcă aş avea un bolovan în gură ; aia de jos îmi joacă prin gură ca o bilă. Zice doctorul că n-aş avea „creastă".

TÎNĂRUL : – Creastă ? !... Numai cocoşul are creastă...

BĂTRÎNUL : – Nu mai sînt de mult cocoş... E vorba de „creasta" gingiei. N-are pe ce se sprijini lucrarea...

TÎNĂRUL : – A-ha, înţeleg ! Şi... cum o purtaţi atunci ?

BĂTRÎNUL : – Aş ! Sînt ca un prunc... (îi arată gingiile).

TÎNĂRUL : – Poate că v-a luat măsura greşit ! Poate că este nevoie să vi-o ajusteze !

BĂTRÎNUL : – Degeaba. Doctorul n-are nici o vină, săracul ! Protezele sînt perfect făcute. Vina e numai a mea. Vezi dumneata, cu o proteză nu te obişnuieşti de îndată ce o pui în gură. Cere răbdare, cere timp, uneori cîteva luni, dacă nu chiar un an. Trebuie să suferi pînă te obişnuieşti. Ei bine, eu n-am răbdare ; imediat ce le pun

în gură, mă ia așa, cu niște călduri, de simt că înnebunesc. Parcă îmi apasă pe creier. Le port o oră-două și le scot. Îmi vine să le arunc la gunoi. Nu le pot suporta în gura mea și pace ! Dumneata ai auzit de ăia cărora, punîndu-li-se o inimă străină nu o pot suporta, organismul eliminînd-o ?

TÎNĂRUL : – Fenomenul de „respingere", vreți să spuneți...

BĂTRÎNUL : – Exact. Ei bine, la mine e același lucru. Numai că la ăia e vorba de „respingere" a inimii, la mine de „respingere" de proteză. Asta e părerea mea !

TÎNĂRUL : – Sînteți la prima „respingere" ?

BĂTRÎNUL : – Aș ! Asta ar fi cam a patra...

TÎNĂRUL : – Și, deci, nu le purtați ?

BĂTRÎNUL : – Ba le port... în buzunar și, ca să te convingi, iată-le (scoate din buzunarul hainei o pungă de plastic plină cu proteze).

TÎNĂRUL (surprins, dar abordînd un aer admirativ) : – O adevărată colecție... În cît timp le-ați adunat ?

BĂTRÎNUL : – De vreun an încoace...

TÎNĂRUL : – Și... ce aveți de gînd ? Să vă măriți colecția ?

BĂTRÎNUL : – Să-mi mai fac o proteză... adică două, una sus și alta jos. Dacă le-oi respinge și pe astea, mă las păgubaș... Îmi iau gîndul de la proteze dentare.

TÎNĂRUL : – Cum ? Preferați să rămîneți „prunc" ?

BĂTRÎNUL : – Ce, sînt singurul ?

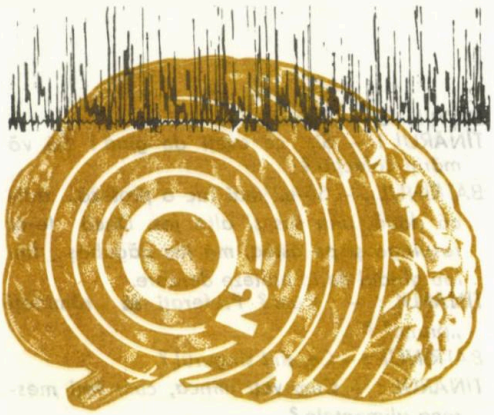
TÎNĂRUL : – Cum veți mînca, cum veți mesteca alimentele ?

BĂTRÎNUL : – A ! Foarte bine ! Mă voi descurca cu propriile mele gingii...

TÎNĂRUL : – Riscați să vă îmbolnăviți de stomac...

BĂTRÎNUL : – Nu, că iau toate măsurile de precauție : mă hrănesc numai cu pireuri, cu supe de legume, cu compoturi, cu zeamil, cu zeamă de fructe, că-mi plac, și-mi fac bine și la alte metehne... Și, ca să-mi fie mai ușor, mi-am cumpărat și un... biberon.

DR. FI. COLONAȘ



CUM FUNCȚIONEAZĂ CREIERUL?

PROF. DR. DOC. I. HAULICĂ
I.M.F. IAȘI

Deși a preocupat dintotdeauna pe oamenii de știință, evoluția cunoștințelor privind modul de funcționare a creierului a rămas cu mult în urma altor domenii ale științelor medico-biologice, datorită concepțiilor filozofice animiste (care spiritualizau și personificau forțele și fenomenele naturii) dominante ale Evului Mediu, pe de o parte, și lipsei unor metode de studiu adecvate, pe de alta. De-abia spre sfîrșitul secolului al XIX-lea, după ce Broca (1862) a descris centrul vorbirii în circumvoluția frontală ascendentă stîngă la un bolnav cu afazie (incapacitate de a vorbi) produsă de un focar de ramolisment al lobului respectiv, s-au adus primele dovezi clinico-experimentale convingătoare în favoarea localizării diverselor forme de activitate motorie și psihoafective la nivelul unor formațiuni nervoase cortico-subcorticale. Astfel, urmărindu-se consecințele funcționale ale stimulării sau extirpării unor zone limitate de pe scoarța cerebrală, s-a constatat că aceasta este sediul atît al căilor motorii descendente, cît și al proceselor de integrare a informațiilor senzitivo-senzoriale ascendente generatoare de reacții psihoafective conștiente. Studiind localizările corticale ale centrilor senzitivo-motorii, anatomiștii au întocmit o veritabilă hartă citoarhitectonică a scoarței cerebrale, iar histologii au stabilit că țesutul nervos este constituit din neuroni, al căror număr a fost evaluat, în cazul creierului uman, la 14—16 miliarde. În paralel, s-au întreprins numeroase studii neurofiziologice cu privire la geneza și transmiterea influxului nervos, stabilindu-se că acestea au la bază fenomene electrice de depolarizare și repolarizare a membranelor neuronale modulate în amplitudine și frecvență de către stimulii direcți sau reflecși de natură mecanică, chimică și psihică. S-a precizat, de asemenea, că locul de contact între două sau mai multe terminații neuronale denumit sinapsă (Sherrington, 1895) este sediul unor procese enzimochimice complexe de formare și eliberare a diferite substanțe chimice, care asigură transmiterea influxului nervos de la un neuron la altul. Din această categorie fac parte acetilcolina, catecolaminele (noradrenalina și dopamina), serotonina și acidul gamaaminobutiric, ca principali mediatori chimici ai transmiterii neuroumorale excitatorii și inhibitorii centrale. În afara lor, alte 25 de substanțe cu structură aminică, lipidică sau peptidică, inclusiv hormonii hipotalamo-hipofizari, își dispută actualmente candidatura la rolul de mediatori sau modulatori ai mediației chimice centrale.

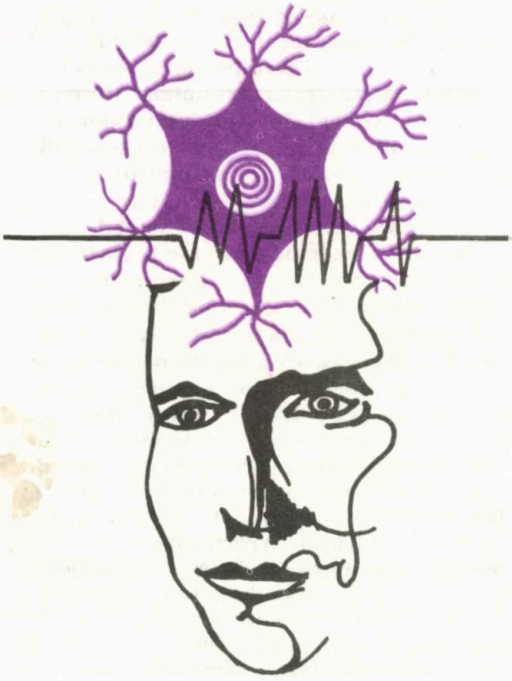
Pe plan funcțional s-a precizat că, în afara rolului reflex și de conducere comun tuturor formațiunilor nervoase, scoarța cerebrală realizează stocarea, integrarea și prelucrarea informațiilor sosite din mediul intern sau extern, în vederea elaborării de reacții adaptative neuro-endocrino-metabolice și comportamentale conștiente sau inconștiente (reflexe). La realizarea acestora participă, conform teoriei holiste actuale, toate zonele și segmentele axului cerebro-spinal. Encefalizarea la om, crescînd cu aproximativ 80% greutatea creierului, a conferit noi performanțe țesutului nervos cerebral. Comportîndu-se ca un calculator uriaș autoreglat cu gabarit mic, creierul uman depășește, prin procesele de gîndire, ideație și creativitate, tot ceea ce a realizat tehnica modernă pînă în prezent. Beneficiind tot mai mult de progresele tehnice ale fizicii și chimiei moderne, a devenit posibilă, în ultimele 2—3 decenii, cercetarea bazelor electrochimice ale multora din principalele forme de activitate specifică țesutului nervos cerebral. Ca exemplu pot fi date cercetările privind factorii neuroumorali ai stării de veghe și somn, memorizării sau ale unor forme de comportament (alimentar, sexual, agresiv etc.).

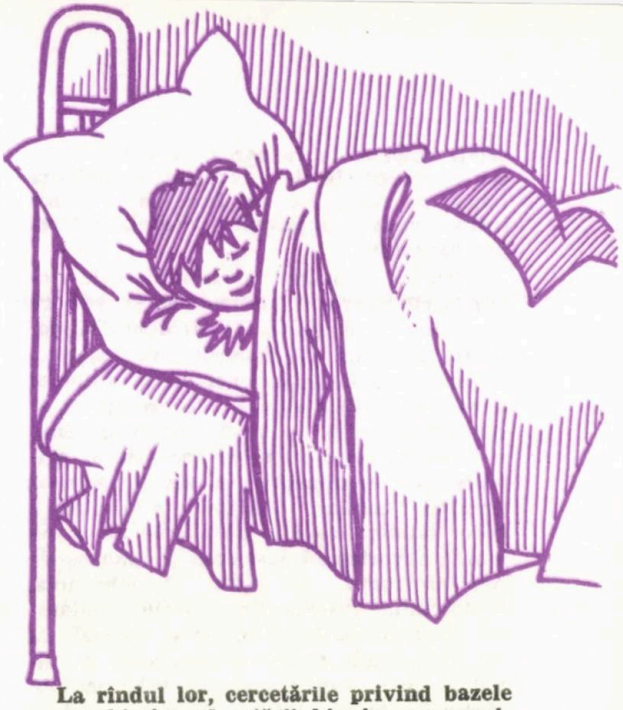
Somnul este, după cum se știe, un fenomen fiziologic natural, care constă în limitarea relațiilor conștiente ale subiectului cu mediul înconjurător și diminuarea majorității funcțiilor organismului, în vederea refacerii potențialului său energe-

tic şi funcţional. Avînd caracter ritmic mecanismul de producere a somnului a fost pus mai întîi pe seama modificărilor nervoase provocate de acumularea unor substanţe toxice în timpul eforturilor de lungă durată. O asemenea substanţă, denumită hipnotoxină, a fost presupusă pe baza faptului că sîngele preluat de la un animal obosit şi injectat unui congener producea somn.

Înregistrînd activitatea electrică a scoarţei cerebrale la pisică, înainte şi după secţionarea măduvei spinării la nivelul vertebrei a II-a cervicale, Bremer (1935) a observat însă că traseul electroencefalografic (EEG) caracteristic stării de veghe prezintă semne tipice de somn în momentul întreruperii legăturilor nervoase dintre creier şi măduvă. Stimularea electrică a formaţiei reticulate de la baza creierului, îndepărtînd manifestările EEG de somn la animalul cu măduva distrusă, a determinat pe Magoun şi Morruzi (1949) să atribuie aferenţelor senzitivo-senzoriale sosite la nivelul sistemului reticulat bulbo-mezencefalic un rol de prim ordin în inducerea stării de veghe şi somn.

În acest sens pleda faptul că în timp ce activarea scoarţei cerebrale pe căile nervoase nespecifice a formaţiei reticulate mezencefalice realiza starea de veghe indispensabilă diverselor forme de activitate conştientă, distrugerea sau blocarea căilor aferente la nivel reticular bulbo-protuberanţial inducea somnul.





La rîndul lor, cercetările privind bazele neurochimice ale stării hipnice au precizat că somnul se produce cu participarea unor substanţe prevăzute cu proprietăţi inhibitorii asupra excitabilităţii neuronale reticulare. Una dintre acestea este serotonina, a cărei creştere la nivelul nucleilor rafeului median din formaţia reticulară bulbo-protuberanţială produce, după Jouvet (1967), somnul superficial cu unde lente. Inhibarea sintezei de serotonină cu ajutorul paraclorfenilalaninei provoacă o stare de veghe prelungită, atît la om, cît şi la animalele de experienţă. Trecerea de la faza superficială la stadiul următor de somn profund cu unde rapide se realizează cu participarea noradrenalinei de la nivelul nucleului denumit locus-coeruleus, din protuberanţă. În felul acesta s-a ajuns la precizarea bazelor neurochimice ale somnului fiziologic şi la explicarea alternanţei veghe-somn ca fenomene de activare şi inhibare periodică a formaţiei reticulare bulbo-ponto-mezencefalice.

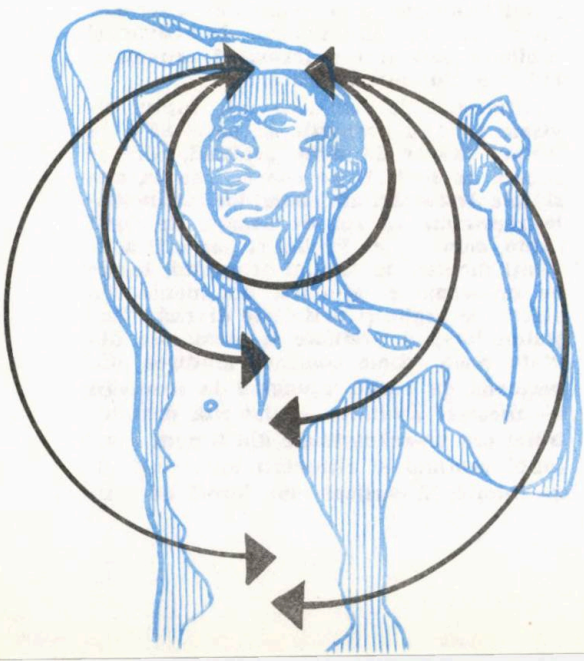
Interesant de remarcat este faptul că visele apar în proporţie de peste 80% în timpul fazelor de somn profund, care se succed de 3—4 ori pe noapte. Ele nu sînt simple descărcări ale energiilor instinctuale reprimate cu rol de supape de siguranţă, cum credea Freud, ci par a fi activităţi mentale în timpul somnului, legate de preocupările afective dominante din starea de veghe şi activitate diurnă. Conţinînd imagini preluate şi memorate din viaţa reală, visele continuă gîndirea din perioada de veghe, ajungînd la rezolvări — adeseori aberante — datorită dezinhibiţiei cortico-subcorticale din timpul somnului profund şi eliberării unei cantităţi de informaţii corticale sub formă de acti-

vităţi onirice. În favoarea intricării viselor cu procesele de memorizare pledează faptul că sugestiile din faza de presomn influenţează conţinutul visului, relatat posthipnotic.

Referitor la bazele neurochimice ale memorizării nervoase, în prezent se ştie că engramarea (engramă = elementul funcţional de bază al memoriei, reprezentat de urma lăsată de un excitant în sistemul nervos central) şi stocarea informaţiilor se realizează, ca şi în cazul memoriei genetice şi imunologice, prin mecanismul sintezei unor neuropeptide la nivelul acizilor nucleici celulari denumite cibernine, a căror administrare la animalele de experienţă favorizează însuşirea şi fixarea de noi informaţii. O astfel de cibernină, scotofobina, extrasă din creierul şobolanilor condiţionaţi la întuneric şi injectată la un alt animal, facilitează procesul de învăţare prin condiţionare. Inhibarea biosintezei sale cu ajutorul substanţelor blocante a sintezei proteice de tipul puromicinei provoacă efecte inverse de întîrziere a capacităţii de memorie. În mod surprinzător s-a constatat că şi unii hormoni hipofizari influenţează memorizarea nervoasă. În timp ce ACTH (hormon secretat de lobul anterior al hipofizei) facilitează memoria de scurtă durată, vasopresina favorizează memorizarea de lungă durată.

O singură injecţie subcutanată de vasopresină este suficientă la şobolan pentru a îmbunătăţi procesele de atenţie, memorizare şi învăţare.

Unii autori întrevăd chiar posibilitatea descoperirii şi folosirii, într-un viitor nu prea îndepărtat, a multaşteptatelor pilule de gîndire şi uitare.



Contrar hormonilor hipofizari, neuropeptidele hipotalamice eliberatoare a acestora par să influenţeze activitatea comportamentală spontană. Răspunsul copulator, de exemplu, al şobolancei ovariectomizate, la administrarea de progesteron şi estrogeni, poate fi înlocuit de către factorul hipotalamic de eliberare a hormonului luteinizant. La pacienţii cu insuficienţă gonadală de cauză hipotalamo-hipofizară s-a obţinut o evidentă stimulare a comportamentului sexual după administrare repetată a factorului respectiv. La rîndul lor, factorii de eliberare ai hormonilor tireotrop (TRH) şi melanocistostimulator (MSH) exercită efecte stimulatoare şi antideprimante în intoxicaţia alcoolică şi barbiturică. În schimb, somatostatinul — factor hipotalamic inhibitor al secreţiei de hormon somatotrop hipofizar — potenţează sedarea şi hipotermia indusă de barbiturice şi înhibă convulsiile stricninice.

De o atenţie deosebită se bucură, în ultimii ani, neuropeptidele opioide, de tipul enkefalinelor şi endorfinelor. Descoperirea lor în creierul mamiferelor de către Hughes şi Kosterlitz (1975) constituie un mare pas înainte în direcţia descifrării mecanismelor neurochimice de producere atît a senzaţiilor de durere şi plăcere, cît şi a tulburărilor comportamentale din bolile psihice.

Ca factori umorali modulatori ai impulsurilor dureroase centrale, enkefalinele şi endorfinele par a îndeplini rol de veritabile morfine proprii creierului animal şi uman. Scăderea acestora în lichidul cefalorahidian se însoţeşte de exagerarea sensibilităţii termo-algezice, iar administrarea lor intraventriculară provoacă o stare cataţonică (individul rămîne inert, imobil, uneori în poziţii incomode, pe care le păstrează timp îndelungat, fără să dea semne de oboseală), similară cu cea întîlnită în unele boli neuropsihice. Pe această bază s-a făcut presupunerea că schizofrenia ar putea avea drept cauză o supraproducţie de endorfine sau enkefaline cerebrale. Ceea ce se ştie însă sigur este că acupunctura realizează efecte analgezice prin intermediul secreţiei crescute de neuropeptide opioide. Din exemplele inedite date rezultă că paralel cu realizările spectaculare din domeniul cunoaşterii şi cuceririi macrocosmosului astral, creierul uman, studiindu-se pe sine însuşi, cu mijloace din ce în ce mai adecvate, a trecut la descifrarea enigmelor macrocosmosului cerebral.

PASTILE... UMORISTICE

– Dragă Angela, Gigi mi-a oferit mîna și averea lui !
– Și n-ai primit ?
– Nu, dragă ! Una era prea mare, iar alta era prea mică...

– Aveți vreun motiv de divorț ? – o întreabă avocatul pe clienta sa.
– Desigur ! Am văzut la mîna dreaptă a soțului meu un inel cu un briliant uriaș, inel pe care eu i l-am făcut cadou !
– Acesta, doamnă, nu-i un motiv de divorț !...
– Dar, domnule avocat, „mîna dreaptă" a soțului meu este secretara lui...

– Bietul meu amic, scuză-mă, nu știam nimic despre nenorocirea care te-a lovit. Și de cînd ești văduv ?
Mitică, oftînd :
– De la moartea sărmanei mele soții !...

Călăuza din Alpi : *Avem aici un ecou extraordinar : repetă cel puțin de douăzeci de ori ceea ce i se strigă. Încercați, vă rog....*
Călăuza din Carpați : *O, asta nu-i nimic ! i Noi avem un ecou căruia dacă îi strigi: „Ce mai faci ?" el răspunde: „Bine, mersi ! Dar d-ta ?"*

– Ce mantou frumos ți-ai făcut, Olguța ! Din economii ?
– Aș ! Din pensia alimentară a copilului.

– Vă plac bomboanele ?
– Da, foarte mult !
– Mulțumesc, fac o statistică !...

Vînzătoarea : *– Ce spui dumneata că peștele ăsta miroase rău ? ! Nu vezi că e încă viu ?*
Cumpărătorul : *– Acesta nu e un motiv ; nici d-ta nu ești moartă !*

Lăptăreasa vine, ca de obicei, dimineața, dar bucătăreasa rămîne încremenită, cînd constată că în găleată este apă chioară :
– Bine, jupîneasă, îmi dai apă ?
Lăptăreasa se uită lung, constată adevărul și exclamă:
– Tii, drace ! Am uitat să pun și laptele...

Dialog între două miriapode, în fața unui afiș de cinema cu Brigitte Bardot :
– Ce zici, ce picioare frumoase are ? !
– Frumoase, dar puține...

CULESE ȘI SELECTATE DE :
I. MURGAN

Experiență proprie

DIN UMORUL CLASIC

– Vederea bună să-ți păstrezi,
– l-a spus un medic – să urmezi
Ce-ți recomand neapărat :
În toate să fii ponderat
Și-n primul rînd, îți cer să pui
Frîu riguros amorului...

A încercat el ce-a-ncercat
Acest regim greu de urmat
Dar, pîn-la urmă s-a dus iute
La un alt medic, să-l consulte.
Și-acolo revoltat a spus
La ce chin mare a fost pus.
La care-acesta, om bătrîn,
Îi zise, cu zîmbet hapsîn :
– A cam greșit, fir-ar să fie,
Colegul meu de meserie ;
Așa de-ar fi, păi, să fim clari,
Aș mai purta eu ochelari ?

ANECDOTĂ DE BERNARD SHAW,
VERSIFICATĂ DE **ION VULPESCU**

INFARCTUL RETINIAN

PROF. DR. M. N. DAVID

Retina este o membrană nervoasă sensibilă la excitaţia luminoasă, asemănătoare plăcii impresionabile a aparatului fotografic.

Această membrană, care căptuşeşte ochiul pe dinăuntru, este foarte subţire şi transparentă şi este în legătură cu centrii vederii din creier, printr-un mănunchi de fibre nervoase, numit *nervul optic.*

Retina este aşezată pe un pat vascular, choroida sau tunica vasculară a ochiului, care asigură parţial nutriţia celulelor senzoriale şi, în plus, la suprafaţa ei este irigată de o singură arteră şi venă, artera şi vena centrală a retinei.

Aceste vase retiniene minuscule şi cu pereţii transparenţi se răspîndesc pe toată suprafaţa retinei şi sînt importante şi prin aceea că, fiind asemănătoare vaselor din creier, derivînd dintr-un trunchi vascular comun, ne oferă în mod indirect informaţii preţioase privind patologia circulaţiei cerebrale.

Ca şi în alte părţi ale organismului, obstrucţiile arteriale sau venoase, cuprinse în denumirea comună de infarcte, sînt posibile şi în circulaţia retinei, cu urmări dramatice asupra funcţiei vizuale.

Dacă în restul organismului aceste obstrucţii se pot deduce numai pe baza manifestărilor clinice sau examinări bioelectrice semnificative, localizările retiniene beneficiază de vizualizare directă prin *oftalmoscopie* şi, mai precis, prin *oftalmobiomicroscopie* sau *microscopie pe viu.* În ultima perioadă a crescut în precizie examinarea după colorare vitală prin injecţie intravenoasă cu fluoresceină, *angiofluoroscopia,* prin care leziunile vasculare apar evidente pînă la amănunte structurale microscopice. Examinarea fundului de ochi prin metodele amintite cîştigă în importanţă diagnostică şi prognostică prin sesizarea de timpuriu a leziunilor vasculare susceptibile de a fi supuse accidentelor obstructive.

Oricare ar fi sediul în organism al obstrucţiilor vasculare, ele recunosc drept cauze mai obişnuite, fie un spasm comandat prin diencefal, fie o embolie sau un mic cheag venit dintr-o altă parte a organismului, fie alterarea şi îngustarea treptată, pînă la obstrucţie, ca urmare a arteriosclerozei sau a unei infecţii cronice.

Alteori, întreruperea circulaţiei într-o parte oarecare a organismului este urmarea unei rupturi a unor pungi din pereţii arterelor, numite *anevrisme,* pungi care sînt urmarea pierderii elasticităţii şi subţierii peretelui vascular care, sub influenţa unor cauze insolite, cel mai des o creştere bruscă a tensiunii arteriale, se rup şi inundă cu sînge zona respectivă. Astfel de anevrisme la proporţii minuscule pot apărea şi în arterele retinei, fără a produce întreruperea circulaţiei, dar supuse accidentelor hemoragice.

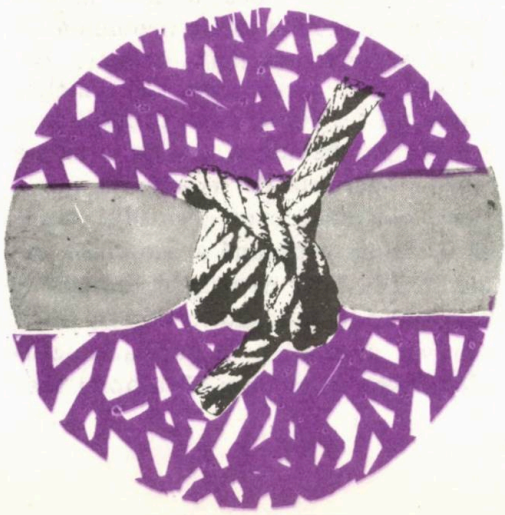
Posibilitatea de a vedea şi determina exact tipul leziunii vasculare

retiniene obstructive face ca în acest domeniu să fie mai rar folosit termenul de infarct, deşi aceste leziuni nu diferă decît prin proporţiile lor minuscule de acelea din domeniul coronarelor, silvienelor, mezentericelor, care însă nu pot fi văzute.

În timp ce în obliterările arteriale terminale din celelalte părţi ale organismului se produce o necroză a ţesutului lipsit de irigare, obliterarea arterei centrale a retinei, chiar dacă produce moartea celulelor senzoriale, nu are aceleaşi urmări. Această particularitate se datoreşte faptului că membrana vasculară, choroida, asigură şi mai departe viaţa şi funcţia straturilor externe ale retinei, în timp ce straturile interne, deşi lipsite de irigaţie, sînt totuşi sub acţionarea nutritivă a lichidelor interstiţiale. Astfel, celulele senzoriale pierd funcţia lor, dar nu dispar.

Obstrucţia arterială poate fi organică sau funcţională, totală sau parţială, lentă sau subită.

Obstrucţia completă a arterei retiniene se întovărăşeşte de o pierdere completă a vederii, care se instalează subit sau în cîteva minute, expresia specifică de pierdere a funcţiei pentru organul vederii, echivalentă cu moartea organului, însă fără consecinţele vitale ale celorlalte infarcte. Ca preludiu de suferinţă a retinei, echivalent cu durerea din celelalte infarcte, obstrucţia arterei centrale a retinei poate debuta prin senzaţii luminoase sau colorate anormale, aşa-numite *fosfone,* urmate apoi de un întuneric complet.



În unele cazuri, în cîteva zile sau săptămîni poate să survină o îmbunătăţire a vederii, mai ales dacă aceasta nu a dispărut complet. Reapariţia vederii variază cantitativ şi calitativ, de la perceperea luminii, pînă la vederea normală. Această eventualitate este posibilă numai dacă îmbunătăţirea apare rapid după accidentul obstructiv, fie spontan sau medicamentos, înainte ca celulele senzoriale din retină să fi suferit alterarea definitivă.

În unele împrejurări obstrucţia retiniană poate să fie anticipată de o stare de anxietate, cefalee sau durere în fundul orbitei, însă cel mai des absenţa durerilor este un element constant, ceea ce face ca aceşti bolnavi să se prezinte cu întîrziere la specialist, cînd posibilităţile de

vindecare sînt mai mici sau complet reduse.

La examenul fundului de ochi, arterele retiniene apar foarte îngustate, ca niște linii subțiri roșii, iar venele apar, de asemenea, mai îngustate. Retina are un aspect caracteristic, fiind invadată, chiar din primele 20 de minute, pe distanțe variabile, de un edem alb-lăptos, urmare a stazei venoase. Cînd obstrucția este venoasă, eventualitate mai puțin gravă decît cea arterială, venele retiniene apar mult îngroșate, cu masive extravazări sanguine în sectorul unde poate fi identificată și tromboza.

Obstrucția arterei centrale a retinei este rar definitivă, circulația restabilindu-se către a treia zi ; arterele, definitiv strîmtorate și puțin palide, determină un regim circulator anormal în raport cu gradul de remisiune a bolii.

Vindecarea completă sau aproape completă se poate obține numai cînd bolnavii sînt tratați în primele șase ore de la apariția cecității (orbirii). Într-alte cazuri se obțin numai vindecări parțiale, cu recăpătarea corespunzătoare a vederii, dar în cele mai multe cazuri, cînd obstrucția este organică, urmarea este cecitatea și atrofia definitivă a nervului optic.

Corespunzător infarctului miocardic fără obstrucție coronariană, la nivelul retinei se poate produce obstrucția angiospastică chiar la oameni tineri, fără leziuni ateromatoase sau distructive ale pereților vasculari ; în aceste cazuri prognosticul funcțional este mai bun decît corespondentul miocardic.

Tratamentul obstrucției arterei centrale a retinei este o problemă dificilă și de foarte mare urgență, deoarece dacă vindecarea sau ameliorarea nu s-au produs în primele șase ore de la instalarea cecității, există puține speranțe de recuperare a vederii. Asemănătoare țesutului cerebral, celula retiniană are o slabă rezistență la lipsa de oxigen, funcția ei suspendîndu-se la cîteva minute după oprirea circulației. În perioada actuală, arsenalul modern al terapiei vas-

culare a mărit mult procentajul recuperărilor funcţionale după infarctul retinian.

Aplicarea terapiei aparţine specialistului, care va urmări, sub control oftalmoscopic şi funcţional continuu, efectele acesteia. Se folosesc, în acest scop, vasodilatatoare, spasmolitice, sedative generale şi, uneori, chiar intervenţii chirurgicale.

Important este că în tot cursul terapiei şi în perioada care urmează pentru consolidarea vindecării, bolnavul să stea culcat, condiţie mai favorabilă pentru umplerea vaselor retiniene cu sînge. Această poziţie este indicată şi pînă la prezentarea bolnavului la specialist.

Desigur că terapia leziunilor obstructive, odată ieşită din faza de urgenţă, va fi în continuare urmată de o terapie generală de fond, pentru care colaborarea specialistului oftalmolog cu terapeutul general poate apărea necesară.

Pentru considerentele ce au fost arătate, privind relaţiile anatomice între circulaţia vaselor retinei şi ale creierului, obstrucţia arterială sau venoasă retiniană poate să anunţe posibilitatea unor accidente cerebrale similare, cu prognostic vital grav.

Iubita mea

Iubita mea cu ochelari,
Ţi-s ochii, parcă, şi mai mari
Ca două-ncercuite „O"-uri,
Ce sufletului îs hublouri.

Îţi împlineşte şi făptura
Şi ce distinsă ţi-e figura !
Enorm, chiar te avantajează :
Te intelectualizează...

Iubita mea cu ochi sub geamuri,
În rame şi cu braţe-hamuri
După urechi încîrligate,
Ai două lucruri cîştigate :

Întîi, şi-ntîi, mă vezi real,
Deci, eu sînt soţul ideal ;
Şi-al doilea, la rîndul meu,
Cum vezi, port ochelari şi eu...

P.S. – Atît îns-am de cerut :
Dă-i jos, că vreau... să te sărut !

D. C. MAZILU

DE VORBĂ CU STUDENȚII ȘI NU NUMAI CU EI...

FEBRA EXAMENELOR

DR. **OCTAVIAN IENIȘTEA**
MEDIC PRIMAR NEUROLOG
SPITALUL PENTRU STUDENȚI

Atît de controversata febră a examenelor este o realitate ? Întrebarea se pune deoarece mai circulă opinii conform cărora așa-zisa febră a examenelor n-ar fi decît consecința unei insuficiente pregătiri sau un simplu pretext folosit de către unii dintre tinerii lipsiți de interes pentru învățătură, ca să-și justifice un eventual eșec. Dimpotrivă, alții văd în febra examenelor o stare de boală care impune un repaus mintal prelungit. Astfel de păreri conțin o mare doză de subiectivism și apariția lor este explicată de tendința unora de a trage concluzii cu caracter generalizator, bazîndu-se pe cazuri izolate și pe observații superficiale. Cu alte cuvinte, nu este adevărat că la examene ar avea emoții numai cei insuficient pregătiți sau bolnavi !

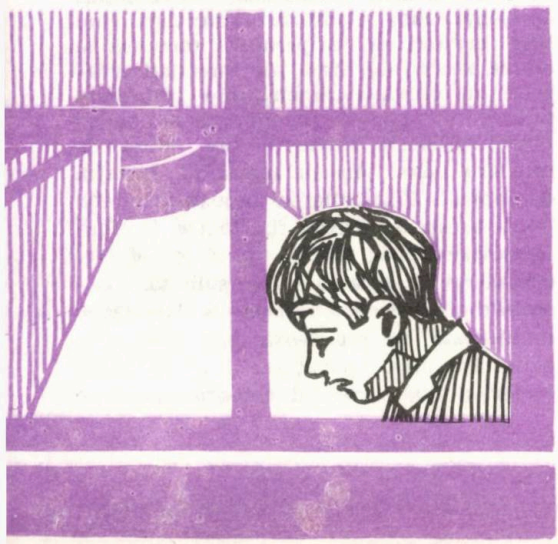
Febra examenelor este o stare particulară, nepatologică, determinată de efortul de adaptare fizică, psihică și socială a tînărului la o solicitare deosebită, cantitativ și calitativ. Elementul dominant este reprezentat de o mare încordare emoțională, ce se instalează cu cîteva săptămîni înainte de data desfășurării examenelor și care crește în intensitate progresiv, pentru a atinge maximul în ultimele ore dinaintea prezentării la examen. Iată deci că emoțiile pe care le trăiește studentul, așteptînd să se înfățișeze înaintea examinatorului, nu reprezintă decît un moment de vîrf al unei stări care l-a cuprins pe nesimțite, de mai multă vreme, stare ce se prelungește adesea și cîteva zile după ce a promovat ultimul examen, la începutul vacanței. Așadar, febra examenelor durează 3—4 săptămîni (la studenți) și interesează toate cele trei componente ale tînărului : psihică, fizică și socială.

Latura psihică este implicată în totalitatea ei, întrucît tensiunea emoțională se răsfrînge și asupra activității mintale, suprasolicitată și de concentrarea intensivă și prelungită a atenției, gîndirii logice și memoriei, precum și asupra voinței. La rîndul său, efortul de voință, destinat eliminării oricăror altor preocupări în afara celei de a învăța și de a ședea ore în șir la masa de lucru în pofida oboselii, accentuează încordarea emoțională. Totuși, febra examenelor nu trebuie pusă exclusiv pe seama efortului de durată al voinței și minții, ori al numărului mare de ore de studiu individual. Ceea ce face ca solicitarea cantitativă intensă să fie trăită ca foarte obositoare este supratensionarea emoțională ce domină activitatea și a cărei apariție se datorește intervenției a doi factori importanți : riscul intrării în criză de timp și riscul de eșec la examen. Iată despre ce este vorba. Atunci cînd există o scadență impusă din afara noastră, în cazul studentului obligația de a asimila un material informațional pînă la data la care este programat examenul, poate apărea tendința de a comprima timpul subiectiv. Această tendință constă din reprezentarea mintală a timpului disponibil pentru pregătirea examenului cu mult sub dimensiunea sa reală, ceea ce generează falsa impresie că sarcina nu va putea fi dusă la bun sfîrșit pînă la termenul stabilit. Un exemplu în acest sens îl constituie următorul fenomen pe care l-a trăit fiecare. Cînd un tînăr, pasionat pentru un anumit domeniu al cunoașterii, își procură, din proprie inițiativă, o lucrare de specialitate din domeniul respectiv, o parcurge în puține zile, uneori citind zi și noapte, „pe nerăsuflate", fără să se simtă foarte obosit, deși, evident, i-au fost necesare multe ore de efort intens pentru a înțelege și reține esența conținutului. În schimb, dacă aceeași lucrare constituie un material ce trebuie studiat obligatoriu și însușit pentru a putea promova un examen, deși timpul rezervat pregătirii prin programarea examenelor este mult mai mare, învățarea este percepută ca dificilă și obositoare, iar zilele rămase pînă la examen par insuficiente. De unde această deosebire, cîtă vreme materialul este același și timpul disponibil studierii lui mai mare decît în primul caz, cel care studiază fiind același tînăr ? Diferența provine tocmai din intervenția semnificației activității desfășurată în cele două cazuri, și anume : una este să citești din proprie inițiativă, din curiozitate, din „plăcere", și alta cînd faci același lucru fiind obligat — și încă într-un interval de timp impus din afară — de alții ; plăcerea este de

data aceasta înlocuită de o „sarcină", de a cărei îndeplinire răspunzi față de „alții".

Să vedem în continuare ce alte fenomene de natură psihică mai apar de-a lungul perioadelor de pregătire și de desfășurare a sesiunilor de examene, afară de solicitarea mintală, voițională și emoțională sau, mai bine spus, ca o reflectare a acestui efort. „Uituceala", ilustrată de exemplele ce urmează. Tînărul se ridică la un moment dat de la masa de lucru și se îndreaptă spre dulap, ca să-și ia o batistă, dar, făcînd cei 2—3 pași, deschide ușa dulapului constatînd că a uitat ce-i trebuia de acolo ; nu-și amintește de batistă decît după ce face calea întoarsă. Alteori uită să-și cumpere pîine, deși știa că-i trebuie și deși a trecut pe lîngă centrul de pîine etc. Cei din jurul său observă că a devenit „distrat", dar, nu de puține ori, constatînd el însuși acest lucru, se îngrijorează, temîndu-se ca „uituceala" să nu reprezinte un semn al pierderii capacității de a reține materialul studiat, temere complet neîntemeiată. Fenomenul este explicat de „grija" examenelor, preocupare cu mare semnificație pentru el, permanent prezentă în subconștientul său, neîngăduindu-i să-și deplaseze atenția asupra unor lucruri „mărunte". Prepondereța grijii amintite este dovedită și de faptul că, adîncit în studiu, uită chiar să mănînce, dovedindu-se astfel că pînă și trebuințele fiziologice sînt trecute pe planul al doilea.

Un alt simptom al febrei examenelor este „nervozitatea", o sensibilitate crescută față de stimulii senzoriali — auditivi, vizuali etc. — dar și față de comportamentul persoanelor din jur, manifestată prin reacții disproporționate și mai puțin controlate.



Desigur, manifestările psihice ale febrei examenelor nu sînt aceleași și nici la fel de intense la toți tinerii, ele depinzînd de particularitățile personalității fiecăruia. Se poate spune că de-a lungul acestei perioade de solicitare intensivă devin mai evidente și mai accentuate tocmai aceste particularități. De aici provin și diferențele, coloratura personală a manifestărilor febrei examenelor. Spre exemplu, emotivul devine mai emotiv, nehotărîtul mai nehotărît, impulsivul mai impulsiv și așa mai departe. Nu este mai puțin adevărat că există și numeroși alți factori de care depinde „coloratura" menționată, unii personali, alții legați de mediul ambiant.

Din prima categorie fac parte :

— *munca în asalt*, pregătirea examenelor exclusiv în cele cîteva zile care preced data la care este programat examenul ; lipsa antrenamentului progresiv la studiu individual din timpul semestrului face dificilă însăși șederea prelungită la masa de lucru și, cu atît mai mult, păstrarea durabilă a unei concentrări corespunzătoare ; pe de altă parte, sub presiunea timpului, viteza de parcurgere a materialului crește dincolo de limita optimă unei bune asimilări, logică și temeinică, a conținutului, fără a mai pune la socoteală faptul că tînărul este tentat să urmărească mai mult numărul de pagini ce i-au rămas de învățat decît ceea ce citește ;

— *cultul notei maxime*, adesea practicat chiar de părinți, încă din copilărie, avînd ca substrat o mîndrie rău înțeleasă, crește nivelul febrei examenelor, dat fiind că scopul propus, nota, înlocuiește trebuința intelectuală de a ști foarte bine, iar învățarea „cu termen" (pentru a răspunde la examen „de zece") dă celor învățate un caracter de instabilitate, uitîndu-se repede după trecerea examenului ;

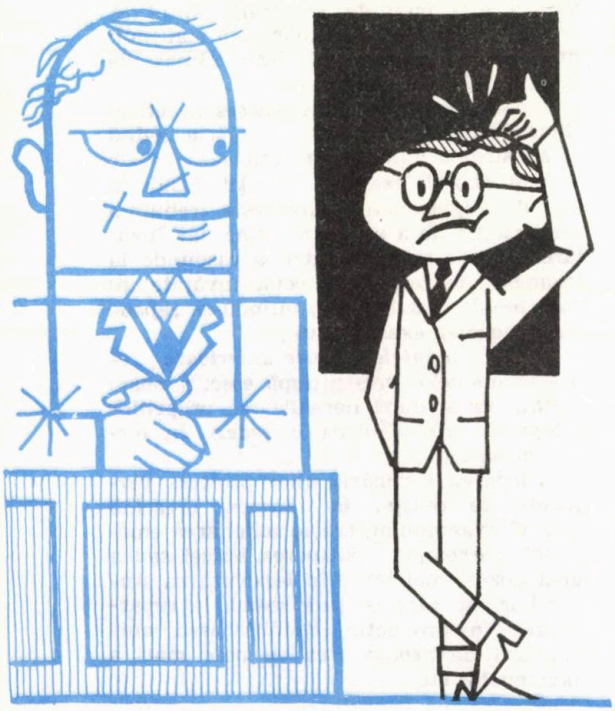
— *performanțele școlare anterioare* ; febra examenelor crește după eșecuri neașteptate, ca și după nerealizarea propriilor așteptări, prin slăbirea încrederii în forțele proprii ;

— *legarea realizării unor proiecte personale de reușita la examen*, crescînd „miza" examenului, crește solicitarea emoțională ; exemplu : obținerea bursei sau a unei poziții mai bune în ierarhizarea studenților, de care se ține seama la repartizarea în producție, condiționarea unei căsătorii de promovarea cu note mari a examenelor etc.

În toate cazurile enumerate pot apărea dificultăți la învățat prin scăderea capacității de concentrare și prin repetate întreruperi ale continuității atenției, cu sau fără să apară în minte problema respectivă, „parazită". Astfel de interferențe nedorite pot înlesni, în anumite condiții, alunecarea tînărului pe panta unei reacții dezadaptate, prin scăderea încrederii în eficiența efortului său de a reține materialul studiat și, implicit, prin supraevaluarea riscului de eșec la examen. Pericolul unei astfel de alunecări depinde atît de particularitățile personalității celui în cauză, cît și de importanța, pentru el, a problemei ce-l preocupă în paralel cu pregătirea pentru examene. Este locul să fie subliniat faptul că forța perturbatoare a problemei personale nu depinde de voința tînărului, ci de încărcătura sa emoțional-afectivă.

Din categoria a doua, cea a factorilor de mediu cu influență certă asupra nivelului febrei examenelor, merită amintiți cîțiva :

— *climatul din familie și cel din grupa de studenți* în perioada pregătirii sesiunii de examene ; acest climat poate deveni sursă de supraîncordare emoțională atunci cînd există certuri sau neînțelegeri grave, manifeste, între persoanele apropiate studentului (părinți, colegi etc.), cînd intervin evenimente neplăcute (boală, deces etc.) sau situații nedorite (pagube bănești etc.) ;



faptul că tînărul manifestă o sensibilitate crescută față de astfel de factori în sesiunile de examene impune celor din jur multă atenție în comportarea lor, iar studentului, să amîne soluționarea propriilor situații conflictuale — cu ai săi, cu colegii, cu prietena etc. — pînă după sesiune, considerînd presesiunea și sesiunea echivalentă cu perioada desfășurării olimpiadelor în antichitate, cînd ostilitățile se suspendau ;

— *atitudinea persoanelor din jurul său* (părinți, rude, colegi, prieteni) *față de munca sa de pregătire a examenelor ;* nerespectarea liniștii necesare studiului, minimalizarea strădaniei sale, descurajarea lui, reproșurile repetate, cicăleala, impunerea de către părinți a unor interdicții absurde, amenințările de tot felul în caz de nereușită la examen, inclusiv șantajul afectiv (...„știi ce i se poate întîmpla mamei dacă nu-ți iei examenul...", mama fiind cardiacă) etc. accentuează febra examenelor și, odată cu aceasta, și riscul de eșec ;

— *personalitatea și atitudinea psihopedagogică a examinatorului* adoptată atît de-a lungul anului universitar, cît și în examen, precum *și opiniile colegilor referitoare la aceste aspecte ;* este bine să se știe că febra examenelor crește mai puțin datorită exigenței profesorului, cît datorită criticismului său exagerat, al permanentelor amenințări, adresate întregului colectiv, cu privire la dificultatea promovării, al manifestărilor sale de subiectivism, toate contribuind la descurajarea și demobilizarea tinerilor, la crearea unei atmosfere supratensionată înaintea și în timpul desfășurării examenului.

Febra examenelor, ca orice stare de mare încordare a emoției, nu se manifestă doar pe plan psihic, ci și corporal. Cercetări medicale efectuate pe studenți care așteptau să intre în examen au evidențiat existența unor modificări obiective, cum sînt : creșteri ale temperaturii corpului cu cîteva zecimi de grad, ale tensiunii arteriale cu cîțiva milimetri, ale frecvenței pulsului etc. La cele menționate se adaugă binecunoscutele fluctuații ale poftei de mîncare, perturbări ale somnului, senzația de oboseală fizică aparent nejustificată etc. Toate aceste modificări fiziologice, în sfera neurovegetativă, traduc, de fapt, efortul organismului de a face față solicitării deosebite din perioada respectivă. Adaptarea menționată se realizează prin creșterea activității unor formațiuni și sisteme din creier și din trunchiul cerebral care, pe

lîngă un plus de vigilenţă, determină şi o stimulare a funcţionării acelor sisteme ale organismului care răspund de mobilizarea forţelor şi rezervelor energetice. De rezerve energetice este nevoie, dat fiind că, indiferent de natura efortului, fizic ori mintal, orice activitate umană reclamă energie. Ca atare şi efortul mintal, de voinţă şi emoţional, impus de studiul individual, este un mare consumator de energie, printre altele şi pentru faptul că, deşi se efectuează şezînd, în condiţii de aparent repaus muscular total, există numeroase grupe musculare cointeresate în procesul de învăţare. Astfel, există contracţii tonice prelungite ale muşchilor frunţii şi cefei, ai globilor oculari (cînd privirea este fixată asupra unui obiect, deşi ochii par nemişcaţi, există numeroase mişcări de du-te-vino efectuate de globii oculari de-a lungul şi de-a latul obiectului privit), ai laringelui (chiar cînd se citeşte „în gînd" muşchii laringelui sînt animaţi de mici contracţii, asemănătoare celor ce însoţesc pronunţarea cuvintelor), din lungul coloanei vertebrale, ai degetelor, mîinii şi antebraţului, cînd se iau note etc. Toate aceste activităţi musculare suplimentează consumul energetic necesar efortului mintal. Aşa se explică de ce o stare de epuizare a organismului, după un efort fizic exagerat şi mai ales în timpul evoluţiei sau în convalescenţa unei boli, se răsfrînge asupra randamentului procesului de învăţare, la fel cum se întîmplă şi atunci cînd intervin alţi factori ce reduc capacitatea de efort a organismului, ca : insuficienţa alimentaţiei sau a somnului, fumatul excesiv etc.

În sfîrşit, necunoaşterea cauzelor şi semnificaţiei simptomelor enumerate poate deştepta teama de a nu fi bolnav, teamă ce face să crească exagerat tensiunea emoţională.

Şi acum, cîteva cuvinte despre felul în care febra examenelor solicită latura so-

cială a studentului. Este suficient să ne gîndim la multele implicaţii sociale pe care le are promovarea examenelor pentru a înţelege acest fenomen. Iată doar cîteva dintre semnificaţiile succesului la examene : un pas înainte pe calea obţinerii statutului profesional şi social, dobîndirea stimei şi aprecierii colegilor, cadrelor didactice etc., satisfacerea aşteptărilor părinţilor şi a celor din jur, un plus de iniţiativă şi încredere în capacitatea proprie de a se realiza în viaţă. Acestor semnificaţii li se datoreşte apariţia unor simptome din partea laturii sociale a tînărului în cadrul manifestărilor febrei examenelor, cum ar fi evitarea sau înmulţirea neaşteptată a contactelor cu colegii şi cu alte persoane apropiate, susceptibilitatea crescută faţă de comportările celorlalţi, sugestibilitatea sporită în paralel cu plusul de sensibilitate la evenimentele şi situaţiile din mediul familial şi şcolar etc.

Ţinînd seama de toate cele afirmate pînă aici, toţi — studenţi, părinţi, cadre didactice etc. — vor recunoaşte faptul că febra examenelor este o realitate de necontestat. Cunoscîndu-i cauzele şi mecanismele, sensul ei de modalitate de mobilizare a energiilor şi manifestările sale, ea nu va mai putea fi considerată ca o îmbolnăvire, totodată devenind uşoară deducerea mijloacelor apte să menţină febra examenelor în limitele sale optime şi utile. Dar, *a şti* echivalează doar cu un prim pas pe calea apărării sănătăţii, al doilea, hotărîtor, fiind cel de *a face* ceea ce trebuie şi a evita răul. Aşa fiind, să schiţăm în linii mari cîteva recomandări cu caracter general, fiecare dintre cei in-

teresați trebuind să le adapteze structurii și situației proprii celui în cauză.

În ceea ce-l privește pe tînăr, studentul, respectînd normele de igienă, psihoigienă și de igienă a muncii studentului, va realiza premisa esențială optimizării nivelului febrei examenelor. În altă ordine de idei, propunîndu-și să învețe temeinic, pentru a ști, cultivîndu-și satisfacția de a înțelege logica fenomenelor pe care le studiază și de a-și însuși esența conținutului lecturii în așa fel încît să poată opera curent cu noțiunile asimilate, examenul se va transforma într-un prilej binevenit de verificare personală a nivelului de pregătire și cunoaștere pe care l-a atins. Persoana profesorului va dobîndi, în astfel de condiții, semnificația celui mai competent sprijinitor al năzuințelor sale, cel mai în măsură să aprecieze obiectiv calitatea și cantitatea acumulărilor realizate. Bineînțeles că în felul acesta examenul este așteptat cu nerăbdare, în nici un caz cu teamă, ci dimpotrivă, cu plăcere. Pe de altă parte, punînd bazele pregătirii de-a lungul întregului an universitar, se realizează un antrenament util creșterii rezistenței la efortul specific sesiunilor de examene. În sesiune, respectînd ritmicitatea alimentației și orele de somn, evitînd abuzul da cafea și de fumat, efectuînd zilnic un scurt program de cultură fizică, introducînd mici pauze după una, două ore de studiu și la cîteva zile cîte o modalitate de deconectare — pentru ruperea monotoniei activității de învățare — se asigură energia necesară eficienței efortului și optimizarea nivelului încordării emoționale.

Cît despre cei din jurul studentului, aceștia trebuie să realizeze o atmosferă optimă, sprijinindu-i efortul nu numai cu îndemnuri și cu sfaturi, adesea prost recepționate de către cel care învață, ci mai ales încurajîndu-l și susținîndu-i încrederea în succesul său final.

Aceste scurte recomandări pot fi completate cu multe altele ce pot fi citite „printre" rîndurile de mai sus. Dacă cititorul va reuși acest lucru, atunci autorul se va putea considera satisfăcut de a-și fi ajuns scopul propus, acela de a contribui la succesul deplin al efortului colectiv de ridicare a nivelului de pregătire al viitorilor noștri specialiști cu înaltă calificare.

Juventopsihiatria preventivă

Prevenirea și combaterea îmbolnăvirilor psihice la populația tînără

DR. ȘT. NICA-UDANGIU
CERCETĂTOR ȘTIINȚIFIC PRINCIPAL
INSTITUTUL DE NEUROLOGIE ȘI PSIHIATRIE

JUVENTOPSIHIATRIA **sau** psihiatria vîrstei tinere **studiază cauzele și dinamica tulburărilor psihice din perioada tinereții, în scopul de a le preveni și trata. Din trunchiul psihiatriei s-a dezvoltat la început pedopsihiatria, care se ocupă de copii, apoi gerontopsihiatria, care abordează vîrstele înaintate. Problemele de sănătate mintală ale tineretului constituie o preocupare relativ recentă a medicinii, fiind determinată, pe de o parte, de creșterea frecvenței tulburărilor emoționale și psihice la această categorie de populație, iar pe de altă parte, de eforturile preventive moderne de a asigura o dezvoltare armonioasă a personalității pe tot parcursul existenței sale. De asemenea, creșterea interesului pentru problemele tineretului este legată și de afirmarea tinerei generații, nu numai ca rezervor al progreselor viitoare, ci și ca o energie prezentă, manifestată în cele mai variate domenii de activitate. Creșterea viguroasă — fizică și psihică — a noilor generații reprezintă unul din obiectivele principale ale politicii sanitare a statului nostru socialist. Această orientare a permis inițierea unor ample cercetări menite**

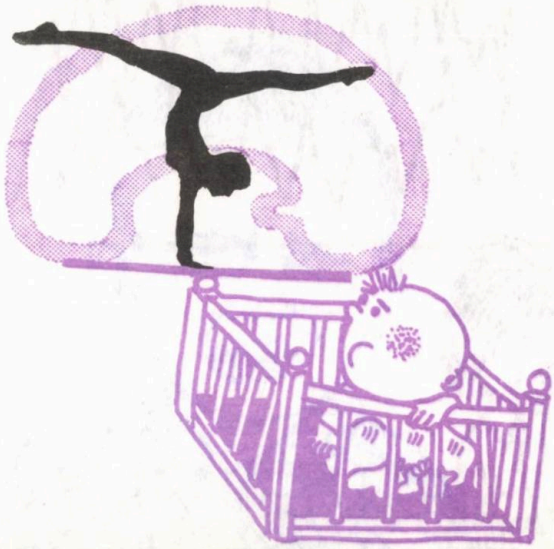
să găsească cele mai bune soluții de promovare a sănătății.

Pînă în prezent nu există un acord unanim în ceea ce privește definirea conceptului de „tinerețe", etapă din viața omului care face trecerea de la copilărie la vîrsta adultă. Într-un sens mai restrîns, „tinerețea" este prima etapă a ciclului adult (de la 20 la 35 de ani sau de la 25 la 35 de ani) ; într-un sens mai larg însă „tinerețea" cuprinde și adolescența (adolescența propriu-zisă, între 15—18 ani, și adolescența tardivă, între 19—25 de ani). Noi acceptăm definiția cu sferă mai largă, care include tînărul adolescent și adultul tînăr, etape care prezintă, pe lîngă particularități comune, și unele trăsături distincte.

Prevenirea tulburărilor psihice la vîrsta tinereții se bazează pe o bună cunoaștere a acestei etape de dezvoltare a personalității. Se apreciază că, în prezent, mai mult de jumătate din locuitorii planetei nu au depășit vîrsta de 25 de ani.

Prezentăm, în cele ce urmează, cîteva din aceste tulburări.

Crizele juvenile normale și „exagerate". Adolescența și tinerețea sînt însoțite, de obicei, de o „criză adaptativă", una din cele mai critice perioade din viața individului („criza vîrstei dificile", „criza vîrstei ingrate", „criza morală", „criza personalității", „criza de originalitate juvenilă" etc.). Sensul acestei crize este maturizarea biologică (endocrină, sexuală etc.), psihologică (afectivă, intelectuală) și socială (cîștigarea statutului independent de adult). Criza juvenilă normală cuprinde tendințele negativiste (de opoziție față de autoritatea părinților ori față de alte autorități instituționale), tendințele de interiorizare (de închidere în sine) sau cele de exaltare și afirmare etc. Uneori această criză se manifestă prin tulburări de comportament „exagerate" — stări de fugă, ruperea, spargerea sau aruncarea unor obiecte, manifestări violente etc. — care pot fi încadrate în limita largă a normalității (fiind vorba de descărcări explozive ale unor reacții de revoltă), dar pot fi etichetate și ca tulburări psihice reversibile, trecătoare, de durată scurtă. Cercetări relativ recente au dovedit falsitatea tezei care susținea caracterul obligatoriu al „crizei tinereții" și considera ca patologică situația de adolescență liniștită. În funcție de condițiile de viață (familiale, educative) și de particularitățile individuale, tinerețea poate fi traversată și treptat, nezgomotos.



Prevenirea manifestărilor exagerate ale adolescenței implică o pregătire echilibrată a procesului de maturizare, care se traduce prin definitivarea formării conștiinței de sine, identificarea vocației (orientarea și integrarea în viitoarea profesie), independență în rezolvarea problemelor, orientare spre valori autentice, identificarea rolurilor și statuturilor sociale etc.

Psihozele juvenile. În perioada adolescenței a fost descrisă așa-numita „psihoză de dezvoltare" sau „psihoză a adolescenței", care ar cuprinde cazurile de manifestări asemănătoare psihozelor majore, ce dispar însă la sfîrșitul acestei etape și care nu alterează eficiența școlară sau profesională. Aceste tulburări trebuie să fie diferențiate de adevăratele psihoze care debutează frecvent la tineri. De exemplu, schizofrenia, cea mai invalidantă dintre psihoze, afectează un număr mare de adolescenți și tineri adulți (70% din cazuri apar între 15 și 35 de ani și 45% între 15 și 24 de ani). În perioada adolescenței debutează „hebefrenia", o formă clinică a schizofreniei, care include în tabloul psihopatologic o serie de tulburări legate de vîrstă : atitudinea de afectare, manierisme în mișcare, impulsiuni, grimase, manifestări de obrăznicie puerilă etc. În faza tardivă a adolescenței (18—24 de ani) și în timpul perioadei juvenile (25—35 de ani) debutează frecvent și formele catatonice și paranoide ale schizofreniei. De asemenea, în această perioadă își fac apariția multe din cazurile de psihoză maniacodepresivă (primele episoade).

Nevrozele juvenile. **Spre deosebire de copilărie, „vîrstă a prezentului", şi bătrîneţe „vîrstă a trecutului", tinereţea este definită ca „vîrstă a viitorului". Orientaţi predominant spre viitor, tinerii îşi făuresc planuri şi proiecte, care depăşesc, de multe ori, capacităţile lor de realizare. Din această cauză eşecul, nereuşita şi insuccesul apar frecvent la această vîrstă, atît pe plan şcolar-profesional, cît şi pe plan sentimental-sexual. Nevrozele juvenile sînt în majoritatea cazurilor „nevroze de eşec" (reacţii după eşecuri şcolare şi profesionale repetate) sau „nevroze de inhibiţie" (prin suprasolicitare şcolară, discordanţă dintre posibilităţile tînărului şi cerinţele impuse de familie, metode educative greşite, cu pedepse multiple, tiranizare şi criticism exagerat etc.).**

Tulburările de comportament şi dezvoltările disarmonice ale personalităţii de tip psihopatic. **Tulburările de comportament şi decompensările psihotice ori nevrotice pe fondul unor structuri psihopatice sînt frecvente în perioada tinereţii. Sinuciderea constituie a treia cauză de deces la tineri (iar în Japonia este prima cauză de deces, între 15 şi 29 de ani). Tentativele de sinucidere au o frecvenţă şi mai mare, constituind, de obicei, „strigătul de ajutor" al tînărului aflat în impas. Delincvenţa manifestată prin acte agresive împotriva persoanei şi a drepturilor ei are incidenţa cea mai mare între 20 şi 29 de ani.**

Anorexia mintală a tinerilor. **Anorexia mintală este o maladie a adolescenţei, care afectează îndeosebi fetele între 12 şi 25 de ani. Simptomatologic se întîlneşte anorexie psihică, scăderea importantă în greutate, anemie şi amenoree. Din punct de vedere psihiatric este vorba de o nevroză sau de o tulburare de personalitate (structură psihopatică).**

Farmacodependenţa. **Legea care reglementează regimul produselor şi al substanţelor stupefiante, pe de o parte, şi măsurile educative, pe de altă parte, au dus practic la dispariţia toxicomaniilor majore, în ţara noastră. Se întîlnesc însă uneori toxicomanii cu tranchilizante minore (Meprobamat), barbiturice (Amital) sau psihostimulente (amfetamine, Metilfenidatul). În ţările capitaliste toxicomaniile au o frecvenţă foarte mare la tineri (în S.U.A. aproximativ 1/3 dintre studenţi şi 1/5 din elevi se droghează).**

Alcoolismul. **Deşi numărul de alcoolici tineri este mult mai redus decît în alte ţări, totuşi mijloacele de combatere a consumului excesiv de alcool trebuie să fie continuate, intensificate şi diversificate (insistînd asupra mijloacelor educative).**

Mijloace de prevenire

Prevenirea primară. Urmăreşte împiedicarea apariţiei îmbolnăvirilor psihice. Este vorba de ansamblul de măsuri care au drept scop înlăturarea sau atenuarea factorilor de risc, a elementelor care determină, favorizează sau declanşează bolile mintale. Sarcinile profilaxiei primare se suprapun în mare parte peste cele ale igienei mintale (sau psihoigienei).

a. Mijloace de prevenire adresate grupurilor familiale (psihoigiena familiei) :

— prezenţa părinţilor (lipsa unuia din părinţi, datorită decesului sau divorţului, constituie un factor de dezechilibru al personalităţii) ; simpla prezenţă a părinţilor are sensuri educative ; este necesară prezenţa ambilor părinţi ;

— oferirea posibilităţilor de dezvoltare intelectuală (stimulare, supraveghere, control) ;

— oferirea posibilităţilor de maturizare afectivă (afecţiune, înţelegere şi protecţie);

— **evitarea atitudinilor extreme (hiperautoritare sau hiperprotectoare) ;**

— **exemplul personal ;**

— **educarea și pregătirea părinților (în situațiile dificile se recomandă ca aceștia să ceară sfatul medicului sau al unor persoane cu experiență mai mare).**

b. Mijloace de prevenire aplicabile în instituțiile de învățământ (psihoigiena școlară și universitară) :

— **îmbinarea învățământului cu cercetarea și producția (contribuie la echilibrarea personalității și la creșterea adaptabilității) ;**

— **evitarea suprasolicitării (prin alcătuirea unor programe analitice și a unor orare neîncărcate, respectarea vacanțelor etc.) ;**

— **educarea educatorilor (rolul cadrelor didactice în propagarea măsurilor de psihoigienă este destul de important) ;**

— **educația sexuală (trebuie efectuată cu seriozitate, evitînd rezervele și prejudecățile) ;**

— **orientarea profesională (bazată pe cunoașterea realistă a elevilor) etc.**

Mijloace de prevenire aplicabile în industrie și în alte medii profesionale (psihoigiena industrială și profesională) :

— **educația prin muncă și pentru muncă ;**

— **repartizarea profesională în funcție de aptitudini, rezistență la efort, personalitate („omul potrivit la locul potrivit") ;**

— **prevenirea fenomenelor de oboseală prin organizarea timpului de lucru, introducerea pauzelor, respectarea zilelor de repaus și a concediului de odihnă etc. ;**

— **organizarea procesului de producție într-o ambianță fizică optimă (reducerea sau eliminarea zgomotului etc.) ;**

— **perfecționarea relațiilor dintre membrii grupurilor profesionale (atenuarea sau înlăturarea relațiilor interpersonale conflictuale) etc.**

d. Mijloace generale (nespecifice) de prevenire a îmbolnăvirilor psihice (prin călire fizică și morală) :

— **călirea organismului prin utilizarea factorilor naturali de mediu (expunerea la soare, cura heliomarină ; spălarea cu apă rece, dușuri reci, înotul ; aerisirea camerelor, înviorare în aer liber, excursii în zone cu aer curat, cura de altitudine etc.);**

— **călirea organismului prin mișcare, exerciții fizice și activități sportive (mersul pe jos, plimbări în parcuri, drumeție, mersul pe bicicletă, jocuri sportive, călătorii etc.) ;**

— **alimentație rațională, echilibrată, bogată în legume și fructe, evitînd abuzul de grăsimi animale, consumul exagerat de pîine și zahăr etc. ;**

— **regim de muncă și de viață igienic : asigurarea unui echilibru între orele de lucru și cele de odihnă, folosirea pauzelor de relaxare, respectarea orelor de somn ; viață dusă în cumpătare, combaterea consumului exagerat de băuturi alcoolice și a fumatului ; utilizarea rațională a timpului liber cu alegerea unor distracții agreabile, dar în aceeași măsură utile, care să asigure, pe de o parte, relaxarea psihică, iar, pe de altă parte, să ducă la dezvoltarea personalității ;**

— **formarea unei personalități echilibrate, capabilă să găsească oricînd un sens vieții noastre (echilibrul personalității nu ne este dat, ci se clădește cu multă trudă) ;**

— **ierarhizarea diferitelor activități, renunțînd la unele în favoarea altora (ca și în cazul altor mari realizări, sănătatea psihică se menține și se dezvoltă prin sacrificii permanente, prin evitarea numeroaselor tentații dăunătoare, prin renunțarea la distracțiile neesențiale, în favoarea celor folositoare) ;**

— **optimizarea relațiilor interpersonale (care să asigure o diminuare a situațiilor conflictuale, pe de o parte, și la dezvolta-**

rea activităților creatoare care contribuie la progresul social, pe de altă parte) ;

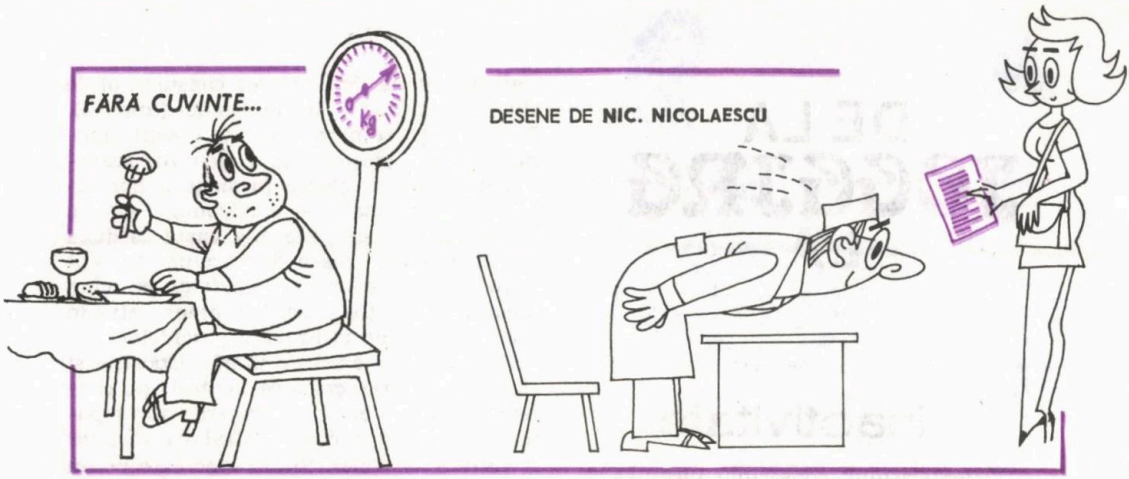
Prevenirea secundară. Are ca scop obținerea vindecării (sau a remisiunilor de bună calitate, care echivalează cu vindecările) la un număr cît mai mare de bolnavi și menținerea acestor vindecări (sau remisiuni complete), adică prevenirea apariției unor noi episoade de boală (profilaxia recăderilor). Pentru a obține vindecări sau remisiuni de bună calitate este necesară o depistare precoce a îmbolnăvirilor (vîrsta tinereții este tocmai vîrsta cînd debutează majoritatea afecțiunilor psihice majore).

Prevenirea terțiară. Se ocupă cu reducerea numărului și gravității sechelelor și deficiențelor produse de bolile psihice.

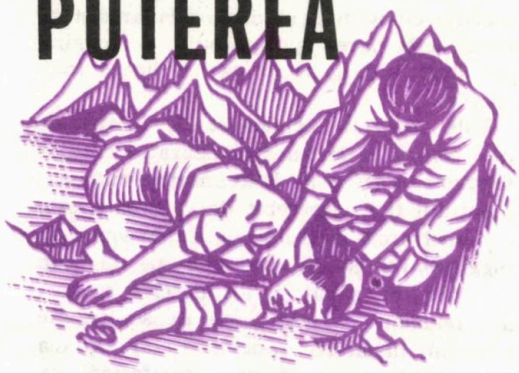
Prevenirea secundară și terțiară impun o dezvoltare intensivă și multilaterală a mijloacelor curative și recuperatoare (îmbunătățirea metodelor de tratament biologice, psihoterapeutice și socioterapeutice).

Trecerea de la medicina predominant curativă la cea cu orientare preventivă cere eforturi deosebite din partea personalului medico-sanitar, dar și din partea fiecărui cetățean, care trebuie să devină un colaborator activ în ceea ce privește acțiunile de păstrare a sănătății. Participarea conștientă a tinerilor la acțiunile preventive constituie un mijloc important de promovare a sănătății. Persistența unor concepții ori a unor mentalități, prejudecăți și atitudini greșite față de boala psihică ne impune obligația de a prezenta publicului larg informațiile corecte. O concepție antiștiințifică referitoare la bolnavul psihic este cea promovată de curentul „antipsihiatric", care neagă realitatea maladiilor psihice și respinge utilitatea tratamentelor tulburărilor mintale (susținînd că tulburările psihice ar fi reacții normale în fața unei familii sau a unei societăți bolnave).

Trebuie, de asemenea, să combatem prejudecățile referitoare la bolnavii psihici. În primul rînd există mentalitatea greșită de a considera îmbolnăvirea mintală ca o boală rușinoasă și neobișnuită (în realitate aproape fiecare om poate prezenta la un moment dat o tulburare psihică : depresie, astenie, anxietate etc.). În al doilea rînd, există atitudinea greșită de respingere a insului bolnav psihic, atitudine care rezultă din teama nejustificată față de acești bolnavi (în realitate numai un număr redus de bolnavi psihici sînt agresivi în faza acută a bolii), din stigmatizarea acestora ca simbol al Răului („nebuni"), ori ca rebuturi sociale (deși se cunoaște că multe genii au prezentat maladii psihice). În al treilea rînd, maladiile psihice sînt privite ca incurabile și ireversibile. Aceste păreri nu corespund realității. Bolile psihice sînt recuperabile în aceeași măsură cu majoritatea bolilor somatice. Multe suferințe psihice se pot vindeca complet și definitiv (majoritatea nevrozelor și psihozelor reactive, unele tulburări psihice toxice, infecțioase etc.). În psihozele majore (schizofrenie, psihoze afective) este posibilă prevenirea ori atenuarea noilor episoade de boală (prin tratamente de întreținere moderne cu neuroleptice-depozit, litiumterapie etc.). Așa cum un bolnav cu o boală somatică cronică (diabet, hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, boală ulceroasă etc.) nu devine un invalid dacă este obligat să urmeze un tratament de lungă durată și un regim adecvat de viață și muncă, tot așa și un bolnav cu o afecțiune psihică majoră poate reveni la o activitate socială productivă, dacă urmează tratamentele indicate.



PUTEREA



EXEMPLULUI

Zise un X din Capitală,
Către un fost coleg de școală :
– N-am înțeles deloc, măi frate,
De ce tu, după facultate,
Ai acceptat un post la țară,
Lîngă o vacă și-o mioară,
Cînd, eminent, cum știu că ești,
Puteai rămîne-n București,
Unde aveai șansele toate
Să devii chiar o somitate.
Pe cînd așa, într-o comună,
Ascunsă într-o văgăună
De munte... Cum ai spus că-i zice ?
– „Pîrloaga ursului", amice,
Răspunse cel interpelat –
– Și nu-i comună, ci un sat...
– Eu cred că ai fost luat la fix,
Grăi, ironic, domnul X –
Atunci cînd postul ți l-au dat
Și-acolo te-au expediat.
– Te-nșeli – răspunse el – că doară
Eu l-am cerut, de prima oară ;
Nu căutam comună mare,
Vream doar un loc, la întîmplare,
În care, atîta cît se poate,
Să fiu solicitat la toate
Și să fac, deci, mai multă școală
De medicină generală...
Acestea spuse, în sfîrșit,
Cei doi amici s-au despărțit.

Trecut-au ani de-atunci mai mulți
Și-ntr-o excursie în munți,
Un tînăr grav accidentat,
Miraculos a fost salvat,
Prin dăruire exemplară,
De-un medic stabilit la țară,
Pe o vale strîmtă, șerpuită,
„Pîrloaga ursului" numită.
(Un medic ce n-a pregetat,
Pînă și sînge i-a donat).
Iar tatăl fiului salvat
Venit-a și l-a-mbrățișat.
Și, de elogii copleșit,
El demn, la rîndu-i, i-a grăit :
– Cred că din tot ce s-a-ntîmplat,
Convinsu-te-ai neapărat
Că pot activa și la sate
Colegii buni din facultate...

Iar ce i-a spus, fără-ndoială
Loc ține-aici și de morală.

ION VULPESCU

DE LA JOGGING LA

inactivitate

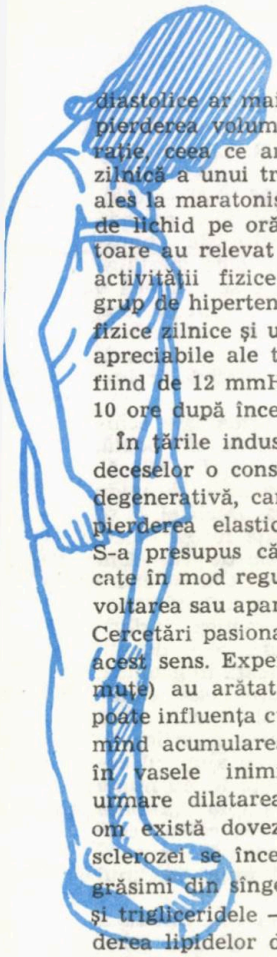
Sedentarismul, consecinţă incontestabilă a industrializării şi progresului, s-a extins datorită mai ales perfecţionării mijloacelor de locomoţie. Cum era şi firesc, din lipsă de timp, tineri şi bătrîni au optat pentru mijloacele de deplasare rapidă, dar au renunţat treptat la mişcare, preferînd activităţi pasive şi distracţii comode, ca vizionarea filmelor şi pieselor de teatru la televizor sau urmărirea, pe micul ecran, a unor palpitante meciuri de fotbal sau de tenis.

Creşterea îngrijorătoare în ultimele decenii a incidenţei obezităţii, infarctului miocardic şi anginei pectorale a constituit un serios semnal de alarmă şi a atras atenţia lumii medicale asupra necesităţii activităţilor fizice zilnice. Ca urmare a popularizării pe scară largă a avantajelor vieţii active în scopul prelungirii vieţii, numărul amatorilor pentru sporturi şi exerciţii fizice a crescut considerabil. Astfel, alergarea pe distanţe mari — **jogging**-ul — a devenit azi una din cele mai populare şi pasionante sporturi în multe ţări din lume. În căutarea unei destinderi psihice şi fizice, tineri, adulţi şi vîrstnici, de ambele sexe, au îmbrăţişat cu căldură această nouă formulă. Nu este de mirare că preocuparea crescîndă pentru exerciţiul fizic a stîrnit interesul oamenilor de ştiinţă, care au analizat reacţiile organismului uman supus la eforturi fizice de intesitate şi durată diferite.

Numeroase investigaţii făcute pe voluntari în diverse centre medicale au dovedit că exerciţiul fizic are răsunet asupra întregului organism, în special asupra aparatului cardiovascular, muşchilor, plămînului şi creierului, producînd totodată importante reacţii metabolice şi hormonale. Antrenamentul fizic impune utilizarea de substanţe energetice de către muşchii intraţi în funcţie, cu creşterea consumului de glucide (glicoliză) şi de lipide (lipoliză). Concomitent se produc şi alte reacţii umorale, precum creşterea glucagonului, scăderea insulinei, creşterea în sînge a hormonilor suprarenali — cortizonul — şi a hormonului de creştere. S-a văzut că după exerciţii fizice uşoare dar prelungite, sînt utilizate de preferinţă lipidele, pe cînd după un exerciţiu scurt dar intens, intră în funcţie calea de utilizare a glucidelor.

Crearea unei stări de bună dispoziţie şi chiar de euforie, creşterea puterii de concentrare şi a atenţiei au sugerat participarea sistemului nervos central ca răspuns la activitatea fizică. Studii efectuate pe un grup de studenţi sănătoşi au furnizat observaţii interesante, ca de pildă ameliorarea stărilor emoţionale şi dispariţia anxietăţii după efectuarea programului de **jogging** sau după alte sporturi, ca baschet, fotbal, înot etc.

Este unanim recunoscut că, alături de alte organe şi sisteme, şi aparatul cardiovascular beneficiază de avantajele antrenamentului fizic. Deosebit de valoroasă este demonstrarea efectului antihipertensiv al **jogging**-ului. Studii temeinice, pe un grup de alergători sănătoşi, au descris scăderi ale tensiunii arteriale, cu deosebire ale tensiunii diastolice, fapt care s-ar explica prin scăderea rezistenţei periferice, ca urmare a unei dilataţii vasculare profunde la nivelul muşchilor. Scăderea presiunii



diastolice ar mai putea fi determinată de pierderea volumului de apă prin transpirație, ceea ce ar corespunde cu aplicarea zilnică a unui tratament cu diuretice, mai ales la maratoniști, care pierd circa 1 litru de lichid pe oră. Date recente surprinzătoare au relevat efectul antihipertensiv al activității fizice la hipertensivi. La un grup de hipertensivi supuși unor eforturi fizice zilnice și ușoare s-au obținut scăderi apreciabile ale tensiunii arteriale, media fiind de 12 mmHg, iar efectul a durat 4—10 ore după încetarea exercițiului.

În țările industrializate cauza majoră a deceselor o constituie ateroscleroza, boală degenerativă, care constă în îngroșarea și pierderea elasticității pereților vasculari. S-a presupus că exercițiile fizice practicate în mod regulat ar putea încetini dezvoltarea sau apariția plăcilor ateromatoase. Cercetări pasionante au fost întreprinse în acest sens. Experimente pe primate (maimuțe) au arătat că exercițiul fizic ușor poate influența cursul aterosclerozei, suprimînd acumularea de colagen în artere și în vasele inimii (coronare), avînd ca urmare dilatarea lumenului vascular. La om există dovezi că progresiunea aterosclerozei se încetinește dacă excesul de grăsimi din sînge — îndeosebi colesterolul și trigliceridele — este îndepărtat. Or, scăderea lipidelor din sînge este strîns corelată cu scăderea riscurilor afecțiunilor coronariene. Experiența a arătat că hiperlipemia poate fi evitată nu numai prin medicamente, ci și prin alte procedee: dietă, mișcare. S-a afirmat că cu cît un individ este mai puțin sedentar, cu atît el este mai puțin susceptibil de a avea o moarte subită.

Pe lîngă numeroasele avantaje pe care le oferă practicarea sporturilor, se pot produce, în cursul eforturilor, o serie de incidente, unele moderate și trecătoare, altele destul de grave, cu sfîrșit letal. **Jogging**-ul este destul de frecvent practicat de fete, care vor să-și mențină silueta și condiția fizică și să înlăture, în acest fel, depozitele de grăsime inutile și mai ales inestetice. La femei tinere care practicau **jogging**-ul de cîțiva ani, parcurgînd 25—30 de km săptămînal, s-a constatat imposibilitatea procreării, ca urmare a amenoreei și a dispariției ovulației. La 8 săptămîni de la întreruperea **jogging**-ului și după aplicarea unei terapii de stimulare hormonală, ovulația s-a normalizat și concepția a fost posibilă. Au fost menționate și cîteva cazuri de deces la tineri și adulți care practicaseră **jogging**-ul, pe o perioadă de 1—4 ani. Maladiile coronariene par să fie cauza majoră a acestor incidente, întrucît s-a constatat că unii avuseseră infarct, iar altora li s-au găsit la autopsie leziuni coronariene preexistente. De aceea este recomandabil ca adultul de vîrstă medie, care dorește să practice **jogging**-ul, să fie supus, în prealabil, unui examen medical.

Este cert că organismul uman are nevoie de alternanțe. Activitatea de recreare trebuie să solicite funcții fizice și mintale diferite de cele utilizate în viața de toate zilele. Dar activitatea debordantă, excesivă, stă incontestabil la originea a numeroase accidente vasculare. Bărbatul care la 50 de ani s-a îngrășat peste măsură și s-a lansat în practicarea unor sporturi intense și prelungite, crezînd că în acest fel își va păstra linia tinereții și vigoarea, are multe „șanse" să facă un accident cardiac. Periculoasă pentru vîrstnic este îndeosebi schimbarea bruscă a ritmului de viață. Eforturile fizice inadecvate trebuie evitate, tot așa după cum la fel de dăunător este și sedentarismul total. Imobilizarea la pat, vreme îndelungată, antrenează mari modificări metabolice și hormonale, cu pierderi masive de calciu și rarefieri importante ale scheletului. La cei cu cardiopatii ischemice mersul pe jos, sporturile mai puțin dinamice — pescuit, bicicletă, vînătoare — sînt exerciții fizice salutare.

MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU
DOCTOR ÎN MEDICINĂ
INSTITUTUL DE ENDOCRINOLOGIE

GIMNASTICA ENERGETICĂ

Gimnastica mușchilor este și gimnastica creierului

I. P. PAVLOV

Bunele rezultate, uneori spectaculare, ale terapiilor chinezești, tradiționale, nu mai constituie azi, pentru nimeni, o noutate. Toate mijloacele de informare — presă, radio, televiziune etc. — relatează cu regularitate despre succesele acupuncturii obținute în țara noastră și în străinătate. Cine n-a auzit, dacă nu, chiar, a beneficiat de miraculoasele ace ? Ele fac să dispară, ca prin farmec, dureri ce pînă atunci rezistaseră celor mai sofisticate tratamente. Cîte lacrimi de bucurie pe obrazul bolnavului de astm bronșic, cînd se vede eliberat de dramaticele sale crize, doar cu ajutorul unor banale înțepături ! Mînuite cu măiestrie, micuțele ace pot uzurpa chiar și drepturile vestitului cortizon !

Dar medicina tradițională mai are înscrise în arsenalul său și alte terapii energetice : masajele speciale, alimentația energetică, gimnastica energetică și folosirea plantelor medicinale. Toate aceste metode terapeutice se practică azi, pe scară largă, în multe alte țări din Asia, Europa și America.

În rîndurile ce urmează vom încerca să prezentăm, mai pe larg, în ce constă *gimnastica energetică*, una din terapiile energetice ale medicinii tradiționale.

Despre gimnastică se știe că este o metodă ce folosește mișcarea, pentru a întreține și dezvolta musculatura, pentru a face mai suple încheieturile, pentru a îmbunătăți circulația sîngelui etc. În vederea păstrării unei bune forme a sănătății, Hipocrate spunea : „Pentru prelungirea vieții, omul are nevoie de gimnastică chibzuită, de aer proaspăt și plimbări".

Multe secole de-a rîndul gimnastica a fost reprezentată de activități fizice efectuate cu ocazia jocurilor, dansurilor, pregătirilor de luptă și sporturilor (în special atletismul).

După anul 1800, gimnastica începe să fie practicată, în mod metodic, ca urmare a studiilor întreprinse de H. Ling (1776—1839), creatorul gimnasticii suedeze, și a englezului Thomas Arnold (1795—1842).

Cu timpul gimnastica devine o metodă terapeutică cu caracter științific, cunoscînd o mare răspîndire pe toate meridianele globului. În toate țările se practică o gimnastică de înviorare, de întreținere, de producție, medicală (pentru corectarea unor deficiențe fizice sau de recuperare), de performanță sportivă, estetică (culturism) etc.

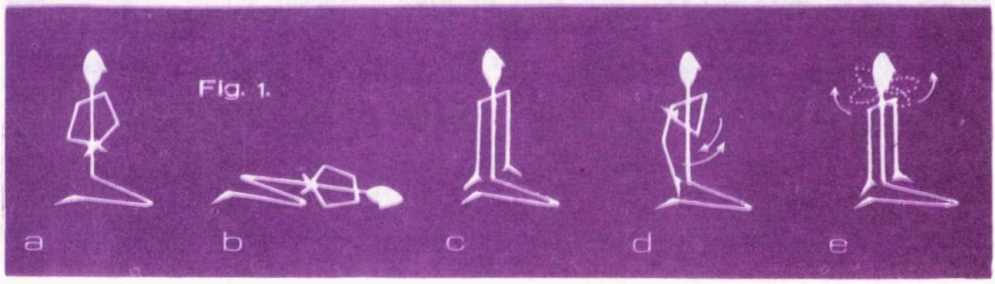
Gimnastica energetică urmărește echilibrarea energiilor, perturbate de boală. Deci, este o gimnastică medicală. Mișcările folosite sînt însă foarte lente, de unde comparația sa cu un dans. Dealtfel, i se mai spune și „Dans de viață lungă".

Cunoscută și sub numele de Tai Chi Chuan (*Tai* = care conține ; *Chi* = energie ; *Chuan* = acțiune, mișcare), gimnastica energetică se poate practica individual, în doi sau în grupuri, pe o durată de 20—25 de minute. Practicată în grupuri, pe străzi, în parcuri, grădini sau stadioane, constituie adevărate spectacole, dacă avem în vedere multitudinea figurilor ce pot fi realizate (peste 250) cu ajutorul celor 81 de mișcări. Toate figurile, cu nume foarte sugestive, ca de exemplu : „Înhață pasărea de coadă", „Înainte, către cele șapte stele", „Zbor în diagonală", se continuă una pe alta, dînd impresia unui dans fără sfîrșit.

Legenda ne spune că *Tai Chi Chuan* a fost concepută de către un gînditor chinez, pe nume Chang San-Fong, în traducere „Maestrul celor trei piscuri". Acest personaj legendar, înalt de peste trei metri, cu fața dreptunghiulară, pe care străluceau, de bunătate, doi ochi, cu părul negru strîns în coc, deasupra capului, izbutea, de multe ori, să străbată numai într-o singură zi peste o mie de Li (aproximativ 500 km).

Într-una din zile, în casă fiind, în timpul unei meditații, Chang aude un fermecător cîntec de pasăre. În dorința de a o vedea cîntînd, apropiindu-se de fereastră, îi fu dat să asiste la o interesantă scenă. Micuța pasăre, care cînta de zor, încerca, cu ajutorul bătăilor de aripi, să îndepărteze un șarpe ce intenționa s-o atace. Lupta celor doi a luat sfîrșit după numai cîteva secunde, timp în care șarpele s-a prefăcut într-un cerc, ca apoi să dispară. Fascinat de această scenă, Chang inventă o gimnastică asemănătoare luptei celor doi, cu mișcări lente, pline de grație, ce se continuă una pe alta, la infinit, întocmai ca cele două energii, *Inn* și *Iang*.

Gimnastica *Tai Chi Chuan* poate fi executată numai după o instruire și un antrenament special.



Pentru cei interesați, totuși, să practice gimnastica energetică, am ales alte exerciții cunoscute și sub numele „Jocul celor cinci animale", și ele avînd același scop, acela al echilibrării energiilor. Am ales acest „joc" deoarece el poate fi executat, indiferent de vîrstă sau sex, de toți acei care sînt sănătoși sau convalescenți.

„Jocul celor cinci animale", conceput de către medicul chinez Houa T'o, în secolul al II-lea e.n., este compus din cinci exerciții, fiecare din ele încercînd să imite cinci animale — tigrul, ursul, maimuța, cerbul și cocorul —, în diferite ipostaze : pîndă, atac, repaus etc.

Se poate executa în cameră, cu fereastra deschisă, de mai multe ori pe zi, sau într-o sală de gimnastică, individual sau în grupuri. Exercițiile pot fi la alegere, în funcție de scopul urmărit de fiecare executant. Pentru oricare dintre ele, va fi nevoie de cîteva exerciții pregătitoare, foarte ușor de executat.

Exerciții pregătitoare (fig. 1 : a, b, c, d, e)

a. Executarea poziției așezat pe genunchi, cu palmele pe abdomen ;

b. expirație prelungită, cu aplecare în față, pînă la atingerea abdomenului cu coapsele, timp în care se presează, cu palmele, în partea sa superioară ; în această poziție se stă cîteva secunde, fără respirație ;

c. revenire la poziția șezîndă pe genunchi, cu inspirație profundă, prelungită ;

d. din poziție șezîndă pe genunchi se vor bate ușor, cu palma sau cu pumnul, pe rînd, umerii și brațele ;

e. din poziția șezîndă, cu membrele de-a lungul trunchiului, se fac mișcări ale capului, în toate direcțiile (înainte, în față și lateral, apoi răsucire).

Exerciții propriu-zise

Tigrul (fig. 2 : a, b, c)

Acest animal, ca și pisica, față-n față cu prada. înainte de a ataca, va adopta o poziție severă, concentrată, pregătindu-se astfel de atac.

Prin acest exercițiu se va încerca imitarea tigrului în ipostaza atacului :

a. cu respirația reținută, picioarele depărtate și genunchii ușor îndoiți, capul aplecat în față, privirea înainte, într-un punct fix ; după cîteva secunde se trece la poziția b ;

b. cu pumnii strînși, membrele superioare se ridică foarte încet, ca și cum s-ar ridica o greutate apreciabilă, pînă la orizontală și, deodată,

c. vor fi coborîte brusc și retrase spre abdomen, expirîndu-se, totodată, cu zgomot, imitînd în felul acesta strigătul tigrului.

Se recomandă în profilaxia îmbolnăvirilor, deoarece, cu ajutorul său energiile pot fi armonizate, cît și pentru dezvoltarea atenției.

Ursul (fig. 3 : a, b, c)

Prin acest exercițiu se încearcă imitarea mișcărilor greoaie ale ursului, pentru a obține o relaxare musculară și a conserva suplețea încheieturilor, pentru controlul forței fizice. Să nu uităm că ursul simbolizează forța :

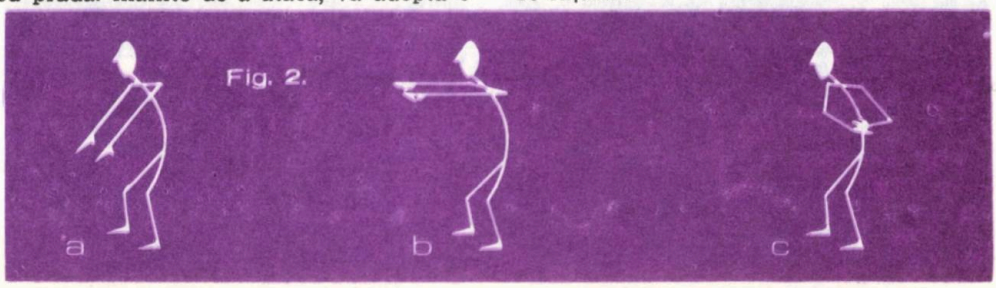
a. cu respirația reținută, se adoptă poziția ursului, cu picioarele depărtate, dreptul fiind îndoit și ușor dus înainte ; membrul superior drept ridicat pînă la nivelul abdomenului, iar cel stîng dus înapoi și îndoit din cot ; după cîteva secunde se trece la poziția următoare ;

b. inspirînd profund, se va încovoia spatele, membrele superioare fiind duse înainte, imitînd poziția ursului la „miere" ; după cîteva secunde

c. cădere bruscă, pe patru labe, imitînd ursul în „mers" — mers pe patru labe.

Maimuța (fig. 4 : a, b, c)

Cu ajutorul acestui exercițiu se va încerca imitarea maimuței, animal cunoscut pentru îndemînarea și ușurința cu care se cațără :



a. cu respirația reținută, picioarele depărtate, unul dus mai în față, cu genunchii ușor îndoiți ; ridicare pe vîrful piciorului din spate și ducerea membrului superior de aceeași parte înapoi, iar celălalt înainte, orizontal, pînă la nivelul umărului ;

a. cu respirația reținută, picioarele depărtate, unul dus mai în față, capul aplecat înainte, cu pumnii strînși, se ridică membrele superioare pînă la nivelul abdomenului ;

b. după cîteva secunde se întoarce capul,

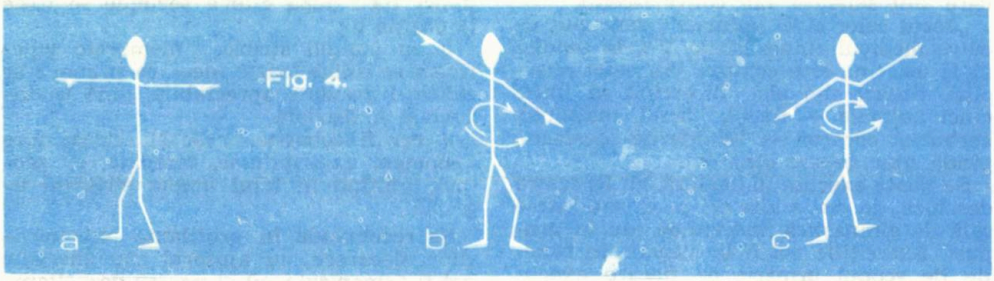


Fig. 4.

b. după cîteva secunde se pivotează (răsucește) pe piciorul din față, la stînga și la dreapta ;

c. se repetă pivotarea de mai multe ori, inspirîndu-se profund.

Se indică pentru înlesnirea transpirației,

cu gîtul întins spre înapoi, timp în care se inspiră profund, apoi

c. ridicarea pe vîrfuri, cu ridicarea simultană a umerilor și răsucirea corpului înapoi, cu privirea cît mai mult spre spate.

Acest exercițiu, executat dimineața la

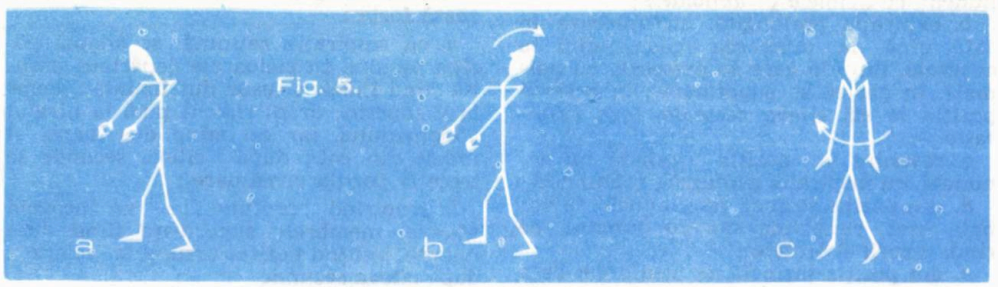


Fig. 5.

în vederea eliminării toxinelor, pentru întreținerea mobilității și suppleței.

C e r b u l (fig. 5 : a, b, c)

Acest animal este caracterizat prin mișcările sale rapide, suple și vioaie :

sculare, contribuie la conservarea reflexelor, suppleței și păstrarea unei bune forme fizice pe tot timpul zilei.

C o c o r u l (fig. 6 : a, b, c)

Prin acest exercițiu se va încerca imi-

Fig. 6.

tarea zborului acestei păsări, simbol al longevității, nemuririi și eliberării :

a. cu respirația reținută, picioarele depărtate, unul fiind dus în față, genunchii îndoiți și mîinile împreunate deasupra capului ;

b. după cîteva secunde, expirînd profund, brațele se coboară de-a lungul corpului, iar capul se apleacă în față, ca într-o reverență ;

c. după cîteva secunde se revine la poziția verticală (a), ducînd capul pe spate, privind cerul, în inspirație profundă și prelungită ; brațele vor rămîne atîrnate de-a lungul corpului.

Acest exercițiu, recomandat în oboseală, surmenaj, convalescență, dezvoltă puterea de concentrare și relaxare.

Toate exercițiile de mai sus pot fi executate de mai multe ori pe zi, în funcție de necesitate, fiecare putînd fi repetat de 5—6 ori.

Pentru amatorii de curiozități amintim că printre probele de antrenament ale cosmonauților se află și exerciții inspirate din gimnastica energetică, atît de necesare mișcărilor în stare de imponderabilitate.

DR. SABIN IVAN
SANATORIUL BALNEAR EFORIE NORD

VITAMINA H(AZ)

Micuțul Robin a înghițit un shiling care i s-a oprit în gît. După încercări nereușite de a-l scoate, mama — înnebunită de groază — iese în stradă după ajutor. Un trecător se oferă să o ajute și, într-adevăr, din prima încercare recuperează moneda.

— Dumnezeu să vă binecuvînteze, sînteți un doctor mare ! — răsuflă mama ușurată.

— Nicidecum, stimată doamnă ! Sînt încasator la percepție.

Doctorul vine și constată că bolnavului îi merge mai bine.

— Ei, bravo, pulsul este excelent, aveți o mină bună... Ați urmat, desigur, prescripția mea ?

— Nu ! Dacă aș fi urmat-o, mi-aș fi frînt gîtul !

— Cum așa ?

— Prescripția dv. a luat-o vîntul pe fereastră și aici sîntem la etajul șapte !

O femeie intră în cabinetul unui psihiatru, însoțită de un cangur.

— Doctore, soțul meu mă pune pe gînduri. De cîtva timp se crede cangur. L-am adus ca să-l vedeți.

O femeie foarte agitată își aduce fiul la psihiatru (copilul era gălăgios și agresiv). Medicul prescrie un sedativ, dar uită să specifice cine trebuie să-l ia. Săptămîna următoare mama se prezintă din nou cu micul pacient.

— Ei, cum s-a purtat micuțul în această săptămînă ? — întreabă doctorul.

— Cui i-a mai păsat ? ! ? — răspunde mama, cu o privire absentă.

Doctorul (la telefon) : — Nu, doamnă Peters, ați înțeles exact pe dos : suferința dumneavoastră este imaginară, nota de plată este, în schimb, cît se poate de reală !

Profesorul, la examenul de logică :

— Tinere, poți să-mi dai un exemplu în care cauza urmează efectul ?

— Nu cred că este posibil, domnule profesor ! — veni răspunsul, după o matură gîndire.

— Ba bine că nu ! Este chiar foarte posibil, cu condiția ca medicul curant să însoțească, pe ultimul său drum, pe propriul său pacient.

— Doctorul Popescu este un profesionist excelent. I-a vindecat sorei tale, în două săptămîni, piciorul fracturat...

— Mda... dar în schimb, i-a sucit capul.

Văzînd vînătăile de pe picioarele pacientului, medicul exclamă :

— Ah, dar dumneavoastră trebuie să fiți sportiv. Și practicați chiar un sport dur...

— Nu tocmai, nu tocmai. Eu joc șeptic într-un cerc de familiști, împreună cu nevastă-mea. Și ceea ce vedeți dv. pe picioarele mele sînt semnele pe care mi le face pentru a ne pune de acord mișcările.

— Spuneți-mi adevărul, doctore ! Cît de bolnav sînt în realitate ?

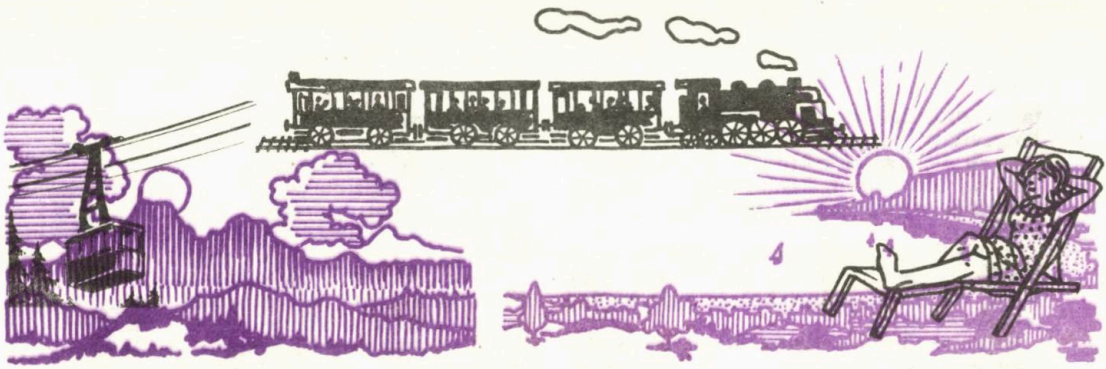
— Eh, ca să fim sinceri, ești destul de bolnav. Ba chiar aș putea să te întreb dacă n-ai dori să vezi pe cineva sau să te vadă cineva.

— Da, aș dori ! — murmură pacientul, slab.

— Cine ?

— Alt doctor !

SELECȚIE ȘI TRADUCERE :
ELISA MADOLCIU



CURA DE ALTITUDINE ȘI CURA HELIOMARINĂ ÎNTR-O NOUĂ VIZIUNE?

CONF. DR. I. **DRĂGAN**
DIRECTOR AL CENTRULUI DE MEDICINĂ SPORTIVĂ

Cînd în 1962 s-a hotărît ca Jocurile Olimpice de vară, ediția 1968, să aibă loc pe platourile aztece, la Ciudad de Mexico, la o altitudine de 2 206 m, mulți cercetători din domeniul sportului de performanță au reacționat cu îngrijorare, gîndindu-se dacă nu cumva sănătatea sportivilor ar putea fi periclitată de eforturile practicate la asemenea înălțimi !

Au început o serie de studii, care într-adevăr lipseau la acea dată, așa încît un prim răspuns a putut fi dat cu destulă certitudine științifică : altitudinea de 2 200 m (altitudinea medie) nu este nocivă pentru sportivii aflați în efort, cu condiția ca aceștia să se găsească la momentul respectiv într-o bună stare de sănătate, cu un echilibru neuropsihic corespunzător și o motivație adecvată.

Precum se vede, nu era vorba de altitudinile mici sau joase (pînă la 1 600 m), ci de altitudinea medie, pe care specialiștii domeniului o situează între 1 800–2 400 m ; or, se știa dintr-o veche experiență că multe din afecțiunile tuberculoase pulmonare se tratau prin cură de altitudine medie, bineînțeles înainte de era tuberculostaticelor.

O a doua problemă care se punea era aceea legată de randamentul sportiv la altitudinea medie, comparativ cu cel de la țes. Și în această direcție s-au lansat o serie de studii minuțioase, care au permis sintetizarea unor concluzii extrem de valoroase : organismul antrenat, sănătos și echilibrat din punct de vedere neurovegetativ, care trece brusc de la țes la o altitudine de 2 000 m, se supune întocmai legităților fiziologice ale sindromului de adaptare la stres, descris cu multă măiestrie și rigurozitate de savantul canadian H. Selye, cu cîteva decenii în urmă ; în acest context, în primele 24–48 de ore pot să nu apară modificări, perturbări de comportament biologic sau de randament muscular sau psihic ; aceste tulburări apar cu certitudine din ziua a 2-a și a 3-a, cunosc un vîrf negativ între zilele 10–14 și se atenuează către zilele 21–24. Întreg acest proces adaptativ are un caracter strict individualizat, iar uneori poate fi bifazic (adică pe fondul unei relative adaptări, aclimatizări, poate apărea un al doilea moment de înrăutățire a stării funcționale și a capacității de efort, ca apoi să urmeze, abia către zilele 21–28, adaptarea, aclimatizarea).

Curba randamentului sportiv urmează cam aceeași traiectorie, cu următoarele precizări : pentru eforturile de viteză, forță explozivă, odată cu instalarea aclimatizării este posibil să se realizeze performanțele motrice de la țes și chiar să poată fi depășite (de exemplu, la J.O. de la Ciudad de Mexico, Viorica Viscopoleanu cu 6,82 și americanul de culoare Bob Beamon cu 8,31 au realizat recorduri mondiale la săritura în lungime) ; pentru eforturile de durată, rezistență, de tip aerob, performanțele de la țes nu pot fi reeditate la altitudine, din simplul motiv că aerul atmosferic rarefiat (hipobarismul cu

scăderea consecutivă a presiunii parțiale a O_2) nu poate asigura necesarul de combustibil – oxigen – pentru efortul respectiv (așa se justifică de ce la aceeași ediție olimpică nu s-a înregistrat nici un record la probele de durată, mai lungi de 5–6 minute); în schimb, la reintoarcerea de la altitudine la șes, organismele aclimatizate sînt supuse unui proces de readaptare, de reaclimatizare, constînd din înrăutățirea stării funcționale, a comportamentului și a randamentului, vizibilă între zilele 3–10 (în primele 24–48 de ore, ca și în faza de aclimatizare, aceste manifestări pot să nu apară și astfel randamentul unor sportivi poate fi ridicat), după care urmează o perioadă egală cu perioada petrecută la munte, în care organismul sportiv este capabil de rezultate superioare, de pînă la + 15% față de valoarea inițială.

Toate aceste concluzii au stat la baza unui document oficial aprobat de Federația Internațională de Medicină Sportivă și difuzat ca recomandare oficială tuturor țărilor membre ale Comitetului Olimpic Internațional.

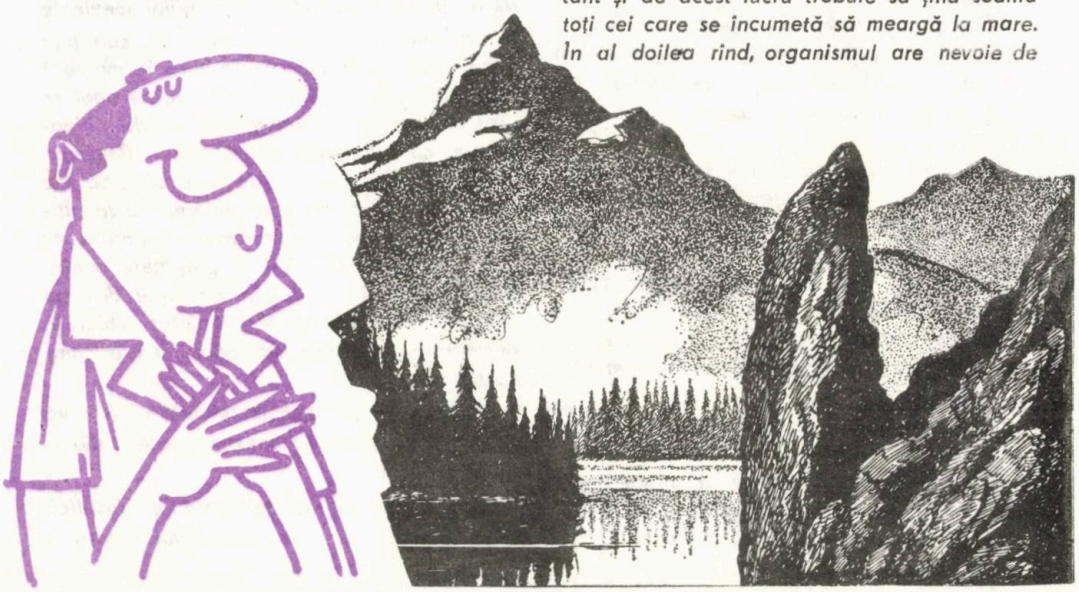
Concluzia verificată în practică în aceste două decenii a fost și este aceea că antrenamentul la altitudine medie pentru sportivi reprezintă un mijloc natural, eficace, de creștere a capacității de efort și a sănătății psihofizice („doping biologic").

Valorificarea acestor cercetări pentru populația nesportivă, deci pentru cei mulți, a permis abordarea curei montane într-o nouă viziune. Care este aceasta? În primul rînd că la altitudinea de peste 1 800 m, chiar într-o excursie simplă, de 1–2 zile, nu pot urca decît cei pe deplin sănătoși și cu un grad corespunzător de antrenament fizic. În al doilea rînd, s-a impus opinia că indicațiile curei de altitudine la sănătoși sau bolnavi (deci 14–21 de zile) sînt foarte bine fundamentate științific în: astenii, debilitate fizică, anemii hipocrome (prin carență de fier), sănătoși care doresc să se fortifice sau să se călească la factorii naturali de mediu, în special la aer și radiații solare, unele afecțiuni pulmonare de natură tuberculoasă sau predispoziții și contacte cu bolnavi de tuberculoză etc.

Acest climat este un climat puternic excitant, motiv pentru care cei obosiți, deprimați sau cu anumite afecțiuni cronice (cardiovasculare, renale, hepatice, digestive, reumatice în special, endocrine etc.) nu au voie să meargă la asemenea altitudini. Menționăm că un foarte detaliat material curpinzînd aceste probleme se regăsește în lucrarea „Cura de altitudine", publicată în Editura Sport-Turism.

Dealtfel cea de a XXII-a ediție a J.O. de vară din 1984 a avut loc în acest an pe țărmul Pacificului, la Los Angeles.

O serie de studii au început, de mai bine de doi ani, în această direcție. Astăzi sîntem în măsură să oferim unele concluzii cititorilor noștri. În primul rînd climatul marin, de litoral, este de asemenea un climat excitant și de acest lucru trebuie să țină seama toți cei care se încumetă să meargă la mare. În al doilea rînd, organismul are nevoie de



o scurtă perioadă de adaptare la noile condiții climatice, care se întinde pe o durată de 5–7 zile, atestată prin date obiective și de comportament. În al treilea rînd, ne referim la randamentul psihofizic : acesta poate și scădea în general pe durata adaptării, revenind, în circa 7–8 zile, la valorile avute înainte de venirea pe litoral.

Pentru cine este indicată cura de litoral ? În primul rînd pentru cei mici, pentru consolidarea scheletului osos ; apoi pentru cei cu anumite afecțiuni : osteoarticulare, reumatice, ORL, ginecologice etc. Cei cu unele afecțiuni cronice – endocrine, hepatorenale, cardiovasculare, neurologice – n-au acces la cura de litoral.

Călirea organismului se face în condiții bune și pe litoral, în special pentru cei mici și cei debili, astenici, bineînțeles, cu respectarea strictă a unor reguli de igienă.

Cînd este bine să facem băi de soare pentru călire ? Dimineața, între orele 7–10, cînd, atmosfera fiind mai curată, procentul de ultraviolete este mai mare, acestea reprezentînd, în fond, excitantul biologic major al spectrului solar.

Mișcarea, înotul, sportul fac casă bună cu călirea la factorii naturali de mediu, mărindu-i eficiența.

Aș da exemplul sportivilor care, în sezonul competițional, evită cura heliomarină, pentru a nu li scoși din formă, cu tot antrenamentul lor. Deci dumneavoastră, cei mai puțin antrenați, nu vă angajați să petreceți concediul de odihnă pe litoral numai de dragul modei sau al bronzării pielii, ci țineți seamă de aceste sfaturi care emană dintr-o îndelungată muncă de cercetare – efectuată pe sportivi – și care vă conferă soluții validate de practică.

Deci, la mare, ca și la altitudine medie, numai cei pe deplin sănătoși sau numai la indicația medicului specialist !

Aș încheia cu o problemă la fel de actuală și interesantă pentru fiecare, de asemenea verificată pe sportivi : de la mare la munte sau de la munte la mare ?

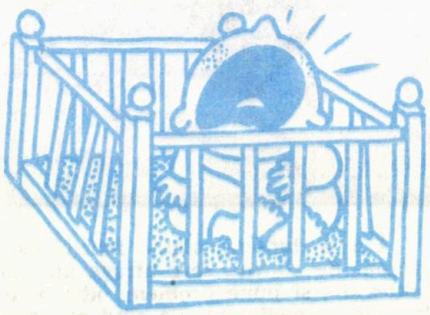
Atît cercetările medico-biologice, cît și cele comportamentale, ne arată că, menținîndu-ne în cadrul strict al indicațiilor medicale pentru cele două situații enunțate, cea mai bună soluție este cea „de la mare la munte"! Mai întîi se face călirea pe litoral și apoi se urcă pe verticală, beneficiindu-se de hipobarism, cu toate avantajele sale ! Reluarea activității profesionale este bine să aibă loc după 4–5 zile de la reîntoarcerea de la altitudine. Cel puțin așa procedează sportivii de înaltă performanță, cînd se pregătesc pentru o competiție de anvergură : cîștigul de pe litoral îl consolidează la altitudine, chiar în situația în care coboară apoi, pentru competiție, la șes !

Credem că sînt suficiente motive de a vă convinge de eficiența acestei direcții : mare-munte !

Dacă conținutul acestui material justifică titlul, rămîne să apreciați dumneavoastră.

Noi am considerat, totuși, că față de ceea ce se practică în realitate, experiența sportivilor justifică abordarea acestui subiect prin lansarea acestui titlu : „Cura de altitudine și cura heliomarină într-o nouă viziune ?" Dacă este într-adevăr pentru dumneavoastră o nouă viziune, urmează s-o confirmați în practică !

SFATURI ANTI-MEDICALE
(PENTRU PĂRINȚI)
(IN-UTILE ȘI I-RAȚIONALE)



În camere la cei mici
De intrați să-i vizitați,
Să fumați cu nonșalanță
Aeru-să-l parfumați.

Dac-aveți copii ce plîng,
Vorbăreți, neastîmpărați,
Ca să-i potoliți pe dată
Cu „doctoru" îi speriați.

Dacă-s sănătoși copiii
– Ca să fie și mai bine –
Îndopați-i cu mult dulce
Și cu multe vitamine.

Dacă stau la masă
Și-s înfometați,
Pentru orice fleacuri
Atunci să-i certați !

Iarna dacă fulguiește
Nu-i lăsați afară,
Să stea tot pe lîngă sobă,
Pîn-la primăvară !

Apa rece să n-o simtă
– Ei răcesc frecvent –
Geamurile bine-nchise
Să n-aibă curent.

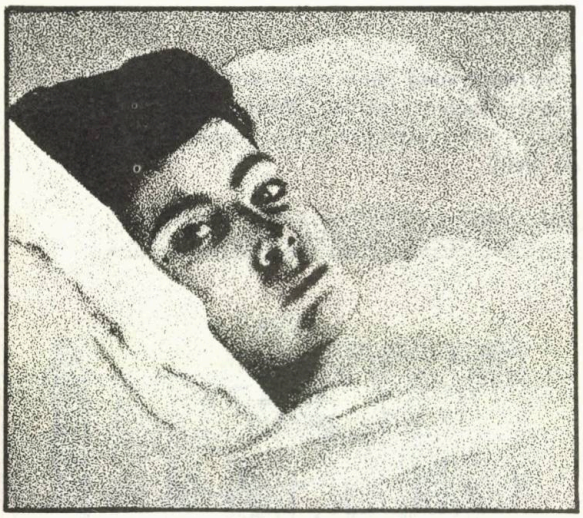
Copiii de vreți voinici
Și frumos să crească
Nu-i lăsați să facă sport,
Ca să n-oboseaască.

Nu-i lăsați iarna la munte,
Vara să nu stea la soare.
Singuri parteneri de joacă
Doar pisica și mam'mare.

Nu-i lăsați nici să vorbească
– Să asculte cît se poate –
Așa vor crește-nțelepți
Și cu personalitate !

Astfel protejați de ger
Și de aer cîteodată,
Ei cresc mari și rezistenți
Într-o lume minunată.

SOFIA ALEXANDRU



STAREA FEBRILĂ

CONF. DR. **GH. BUCUR**
SPITALUL BRÎNCOVENESC

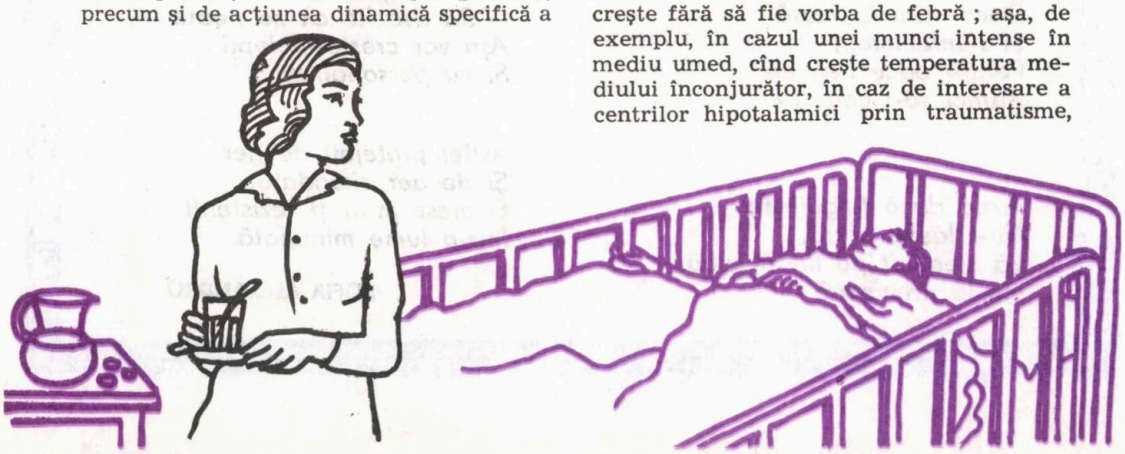
Ca şi durerea, starea febrilă este un semnal de alarmă care atrage atenţia întotdeauna şi pune probleme atît bolnavului, cît şi medicului. Pe cînd preocuparea principală a bolnavului este de a scăpa de febră, medicul are în vedere atît înlăturarea, cît, mai ales, cauza acesteia.

Cînd termometrul arată o creştere a temperaturii la valori mai mult sau mai puţin ridicate faţă de normal, la care se asociază o senzaţie particulară de căldură sau uneori de frig (frison), o accelerare a pulsului şi a respiraţiei, uscăciunea limbii, diminuarea cantităţii de urină eliminată, toate acestea produc asupra bolnavului o impresie deosebită, o stare de nesiguranţă şi uneori de teamă.

Temperatura normală a corpului uman este de 36,5°C—37°C. Între aceste limite procesele vitale ce se desfăşoară asigură organismului o activitate normală. Temperatura corpului este realizată printr-un proces de termogeneză (producere de căldură), asigurat de activitatea musculară, activitatea metabolică, activitatea glandelor digestive, a ficatului în special (catabolismul proteic, metabolismul glicogenului), precum şi de acţiunea dinamică specifică a alimentelor, care dezvoltă căldură, în funcţie de calitatea acestora.

Organismul uman, făcînd parte din homeoterme (adică îşi menţine temperatura în anumite limite, indiferent de variaţia termică a mediului), este înzestrat genetic cu mecanisme de termoreglare, care realizează un echilibru între termogeneză şi termoliză (pierdere de căldură). Corpul uman pierde căldură prin evaporare la nivelul mucoaselor şi pielii, prin radiaţie spre mediul înconjurător, prin încălzirea aerului de la nivelul pielii cînd corpul este îmbrăcat (convecţie). Reglarea termică a organismului este realizată printr-un mecanism nervos reflex, prin impulsuri care merg la centrii hipotalamici, după care apar fenomene vasomotorii (vasoconstricţie, vasodilataţie), sudaţie, descărcare de adrenalină şi tiroxină, care menţin echilibrul dintre producerea şi pierderea căldurii.

Cîteodată temperatura corpului poate creşte fără să fie vorba de febră ; aşa, de exemplu, în cazul unei munci intense în mediu umed, cînd creşte temperatura mediului înconjurător, în caz de interesare a centrilor hipotalamici prin traumatisme,



hemoragii cerebrale, intoxicații cu stricnină, amoniac, acțiunea unor toxine sau, uneori, în a doua parte a ciclului menstrual. În aceste cazuri este vorba de o *hipertermie* și nu de *febră*.

În cazul **febrei,** creșterea temperaturii este însoțită și de alte manifestări (dureri, manifestări digestive și cardiorespiratorii — tahicardie, polipnee, uscăciunea mucoaselor, urine diminuate, uneori frison). Aceste manifestări sînt expresia unor modificări ale metabolismului celular și ale apariției unor tulburări neuroendocrinovegetative.

În majoritatea cazurilor, la baza unei stări febrile stă o cauză infecțioasă (virală, bacteriană, micotică, parazitară) ; febra mai apare însă și în neoplazii, boli ale sîngelui, reumatism poliarticular acut, colagenoze ; de asemenea, în tromboembolii, alergii medicamentoase, avitaminoze (avitaminoza C). În primul rînd trebuie avute în vedere cauzele infecțioase. În ordinea frecvenței, acestea cuprind : virozele, mai ales în caz de epidemii ; tuberculoza pulmonară sau extrapulmonară ; supurațiile profunde (flegmoane, abcese apendiculare) ; infecții localizate la plămîni, vezicula biliară, rinichi și căi urinare, organe genitale, sinusurile feței, cavitatea bucală (dinții), gît (amigdale) etc.

Deoarece prima reacție a bolnavului este aceea de a face să scadă o temperatură ridicată, folosind în mod rutinier medicamente antitermice (Aspirină, Piramidon, Acalor), aceasta poate întîrzia abordarea de către medic a unei stări febrile. Aspectul febrei poate fi variat, starea febrilă putînd prezenta anumite particularități pe care bolnavul, de regulă, nu are posibilitatea să le aprecieze, să le discearnă.

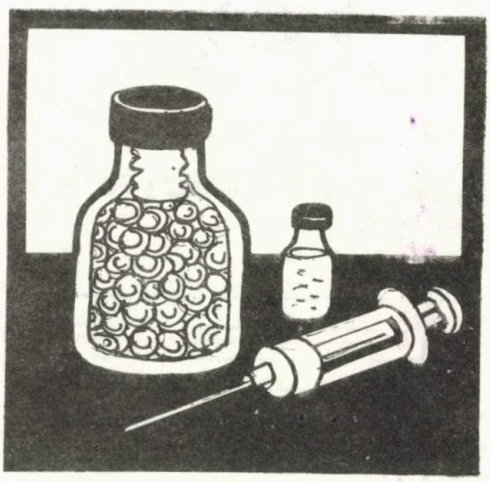
Trebuie subliniat că gradul temperaturii nu este totdeauna corelat cu severitatea bolii ; unele infecții virale benigne se însoțesc de temperatură ridicată. Reacția febrilă la copii și la tineri este mai accentuată, temperatura crescînd uneori foarte mult. Din contră, persoanele de vîrstă înaintată reacționează la infecții, în general, cu o febră moderată sau chiar fără febră.

De asemenea, trebuie menționat că o stare febrilă reprezintă o expresie a reacției organismului, care, în condițiile unei agresiuni infecțioase, prin accentuarea unor procese metabolice imune și unele modificări neuroumorale, favorizează evoluția spre ameliorare și vindecare. Pe loturi comparative s-a constatat că scăderea temperaturii prin antitermice în multe cazuri prelungește boala și astfel organismul poate fi expus la complicații.

Scăderea bruscă a temperaturii, în evoluția unei stări febrile, este un semn favorabil la bolnavii cu stare generală și evoluție bună, dar ea poate fi și un semn de instalare a unei stări de șoc, la unii bolnavi cu stare gravă. Acest fapt reclamă o intervenție medicală de urgență.

În sensul celor discutate, febra, care este o reacție complexă a organismului, ce mobilizează unele procese adaptative în fața unei agresiuni, trebuie privită ca un martor al luptei organismului cu infecția, care contribuie, într-o anumită măsură, la stăvilirea acesteia, avînd, deci, un aspect pozitiv. În acest sens ar trebui, poate, menționată evoluția mai bună a unor boli tratate în condiții de febră, tratamentul fiind mai eficient (neurosifilis, bruceloză, poliartrita reumatoidă). Dar nu trebuie uitate și aspectele negative ale febrei : hipercatabolismul, tulburări hidroelectrolitice, agravarea unor boli cardiace și cerebrale. Aceste aspecte sînt judecate, bineînțeles, în modul cel mai corect de către medic.

Prezența unei stări febrile este un fapt important care trebuie apreciat de medic. Febra nefiind o boală, ci o expresie a bolii, medicul are în vedere, în primul rînd, căutarea cauzei, a bolii, pentru a putea aplica un tratament corect. Din această cauză automedicația, folosirea antipireticelor, antibioticelor, fără discernămînt, fără indicația medicală făcută potrivit diagnosticului, prezintă riscuri incalculabile pentru sănătatea bolnavului febril. Astfel poate fi ignorată o boală gravă, pot fi mascate unele



manifestări ale bolii şi pot apărea complicaţii grave, pe un fond de calm aparent. Unele substanţe antibiotice folosite fără testarea sensibilităţii, în afară de faptul că sînt ineficiente, pot duce la apariţia unor reacţii alergice grave, instalarea de rezistenţe microbiene etc. O „stare febrilă" poate fi de multe ori expresia unei afecţiuni uşoare, benigne, cu evoluţie rapidă spre vindecare cu mijloace în general simple (viroze uşoare, de exemplu). Febra poate fi însă datorată unei boli grave, infecţioase, unei stări septicemice, unui focar infecţios important, care trebuie depistat şi abordat corect, ca diagnostic şi tratament.

O parte din cazurile de stări febrile, cu toate investigaţiile, rămîn inexplicabile pentru multă vreme. În asemenea cazuri, numai o cooperare dintre bolnav şi medic poate duce la surprinderea unor elemente revelatoare, clinice şi de laborator, care să pună pe medic pe calea diagnosticului şi deci a tratamentului corect.

Din relatarea acestor aspecte sumare ale problematicii unei stări febrile s-ar putea concluziona că o febră nu trebuie nici să sperie pe bolnav, dar nici să ducă la neglijenţă („purtarea febrei pe picioare") sau la automedicaţie, fără discernămînt.

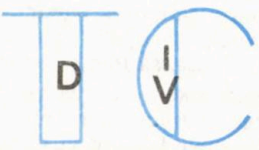
Jocuri rebusiste

Proteină

(MONOVERB : 5—8)

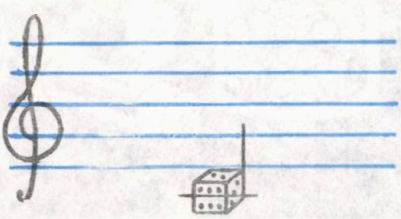
Stomatologică

(BIVERB : 5, 7)



La farmacie I

(MONOVERB : 3—6)



La farmacie II

(MONOVERB CU INCASTRU ANAGRAMAT) :

Anatomică I

(MONOVERB CU PROPOZIȚIE : 2—7)

Anatomică II

(MONOVERB : 5—7)

ADAM STOICA

Greutatea normală ideală

(în funcție de sex, înălțime, constituție)

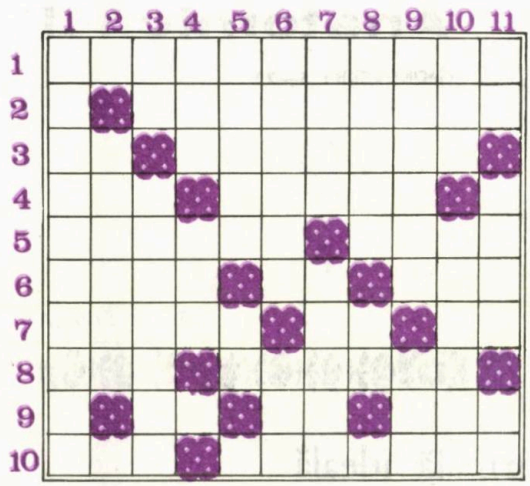
Sex	Înălțime (cm)	Greutatea în kg în raport cu constituția		
		Slabă	Medie	Voinică
Masculin	155	51 —54,5	53 —59	57 —63
	158	52 —55	55 —60	59 — 65
	160	53 —57	56 —61	60 —66,5
	165	56 —60	58,5—64,5	62 —71
	170	59,5—63,5	62 —68,5	66,5—75
	175	63 —67,5	66 —72	70,5—78
	180	66,5—71	69 —76,5	74 —83
	185	69 —75	73 —81	78 —87
	190	74 —78,5	77,5—85,5	82 —92
Feminin	145	40,5—44	43 —48	47 —53,5
	150	43 —47	45,5—51	49 —56
	155	46 —49,5	48 —53,5	51 —59
	160	48,5—52	51 —57	54,5—62
	165	51 —55,5	54 —60,5	58 —66
	170	55 —60	57,5—64,5	61,5—69
	175	58,5—63	61 —68	65,5—73,5
	180	62 —67,5	65,5—71,5	69,5—77,5

Greutatea normală ideală este aproximativ egală cu numărul de centimetri ce depășește un metru înălțime, exprimat în kilograme.

Pentru a aprecia însă mai corect greutatea ideală, trebuie să ținem seama și de sexul și constituția fiecărui individ. În aceste condiții, greutatea ideală prezintă unele variații, așa cum rezultă din tabelul alăturat.

Deficitul sau plusul ponderal se calculează pe baza datelor din acest tabel.

I.M.



ORIZONTAL : **1.** Febră. **2.** Dramaturg român, autorul piesei „Febre", a cărui acțiune are în prim-plan figura unui medic din Delta Dunării. **3.** Radu Voinea — Protagonistul romanului „Biblioteca din Alexandria", de Petre Sălcudeanu, pe care, în urma aplicării pneumotoraxului, febra îl aruncă cîteva zile în abisul unui somn agitat, între viață și moarte (Ștefan). **4.** Maimuța lui Bunthe, fostul căpitan de cavalerie din romanul „Galeria cu viță sălbatică" de Constantin Țoiu, care este prezentată de autor avînd febră mare — Orașul în care se petrece acțiunea romanului „Febra", de Nikos Kazantzakis. **5.** Scleroproteină de tipul colagenului, care constituie partea organică a osului — Port în Suedia. **6.** Personaj feminin din romanul „Febră de origine necunoscută", de Leonida Neamțu (Nicolau) — Singular (abr.) — Rîu în Extremul Orient Sovietic. **7.** Cotidian politic central de limbă maghiară din țara noastră — Sfîrșitul febrei ! — Abis. **8.** Plisc, clonț (reg.) — Succesiune de tremurături convulsive, însoțită de senzație puternică de frig, care se manifestă de obicei înainte de o criză febrilă (sing.). **9.** Starea sa febrilă poate atinge 42°C — Șiragul luminilor — În acest loc. **10.** Orășel în Olanda — Prozator român contemporan, autorul romanului „O lume întreagă", în care, chinuit de febră, pe un pat de spital, tînărul erou al narațiunii trece prin lumi și epoci dispărute, parcurgînd etape istorice mai vechi și mai noi, într-o stare halucinatorie (Radu).

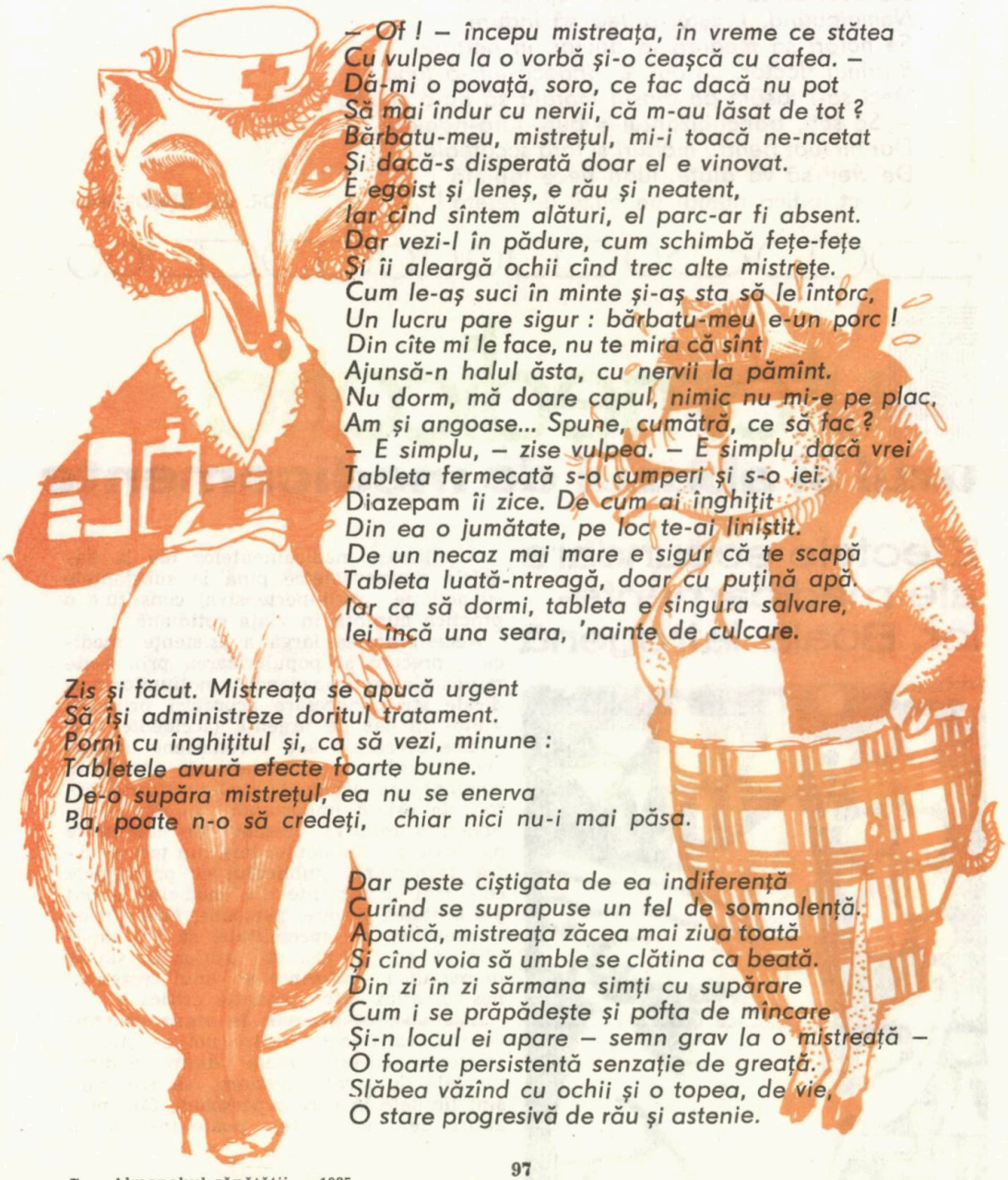
VERTICAL : **1.** Instrument folosit pentru măsurarea temperaturii. **2.** Eroul central al romanului „Fiul secetei", de Ion Lăncrănjan, care își amintește că în copilărie „făceam febră din cauza foamei" (Pozdare). **3.** Mililitru (abr.) — Istoric grec (430—355 î.e.n.), în a cărui celebră lucrare memorialistică „Anabasis", descriind expediția lui Cirus cel Tînăr împotriva fratelui său Artaxerxe II, penultimul capitol se intitulează „Febra și moartea lui Cirus". **4.** Autoarea povestirii „Febra dinaintea plecării" (Sînziana) — În reluare. **5.** Oraș în estul Franței (-les-Bains) — Eficiență superioară. **6.** Sos ce se recomandă a fi înlăturat din alimentație — Poet clujean, autor al poeziei „Febre" (vol. „Pe înaltele reliefuri"). **7.** Prefix cu sensul „înainte" — Formă de relief rezultată din depuneri aluvionare. **8.** Alcaloid extras din frunzele de ceai, întrebuințat ca excitant al nervilor și al inimii sau pentru efectele sale diuretice — Campion. **9.** Zvîntată — Localitate din județul Satu Mare. **10.** Firmă americană de aparate de radio și televiziune — Prietena Minei Nicolau din romanul „Febră de origine necunoscută", de Leonida Neamțu (Pop). **11.** Posedă — Medicul din piesa „Febre", de Horia Lovinescu (Dărăscu) — Plantă textilă.

DICȚIONAR : ATBO, AIM, TEF, UNN, EVIAN, ORAR, RCA.

ADAM STOICA

O mistreață cu nervi

Medicofabulă



— Of ! — începu mistreața, în vreme ce stătea
Cu vulpea la o vorbă și-o ceașcă cu cafea. —
Dă-mi o povață, soro, ce fac dacă nu pot
Să mai îndur cu nervii, că m-au lăsat de tot ?
Bărbatu-meu, mistrețul, mi-i toacă ne-ncetat
Și dacă-s disperată doar el e vinovat.
E egoist și leneș, e rău și neatent,
Iar cînd sîntem alături, el parc-ar fi absent.
Dar vezi-l în pădure, cum schimbă fețe-fețe
Și îi aleargă ochii cînd trec alte mistrețe.
Cum le-aș suci în minte și-aș sta să le întorc,
Un lucru pare sigur : bărbatu-meu e-un porc !
Din cîte mi le face, nu te mira că sînt
Ajunsă-n halul ăsta, cu nervii la pămînt.
Nu dorm, mă doare capul, nimic nu mi-e pe plac,
Am și angoase... Spune, cumătră, ce să fac ?
— E simplu, — zise vulpea. — E simplu dacă vrei
Tableta fermecată s-o cumperi și s-o iei.
Diazepam îi zice. De cum ai înghițit
Din ea o jumătate, pe loc te-ai liniștit.
De un necaz mai mare e sigur că te scapă
Tableta luată-ntreagă, doar cu puțină apă.
Iar ca să dormi, tableta e singura salvare,
Iei încă una seara, 'nainte de culcare.

Zis și făcut. Mistreața se apucă urgent
Să își administreze doritul tratament.
Porni cu înghițitul și, ca să vezi, minune :
Tabletele avură efecte foarte bune.
De-o supăra mistrețul, ea nu se enerva
Ba, poate n-o să credeți, chiar nici nu-i mai păsa.

Dar peste cîștigata de ea indiferență
Curînd se suprapuse un fel de somnolență.
Apatică, mistreața zăcea mai ziua toată
Și cînd voia să umble se clătina ca beată.
Din zi în zi sărmana simți cu supărare
Cum i se prăpădește și pofta de mîncare
Și-n locul ei apare — semn grav la o mistreață —
O foarte persistentă senzație de greață.
Slăbea văzînd cu ochii și o topea, de vie,
O stare progresivă de rău și astenie.

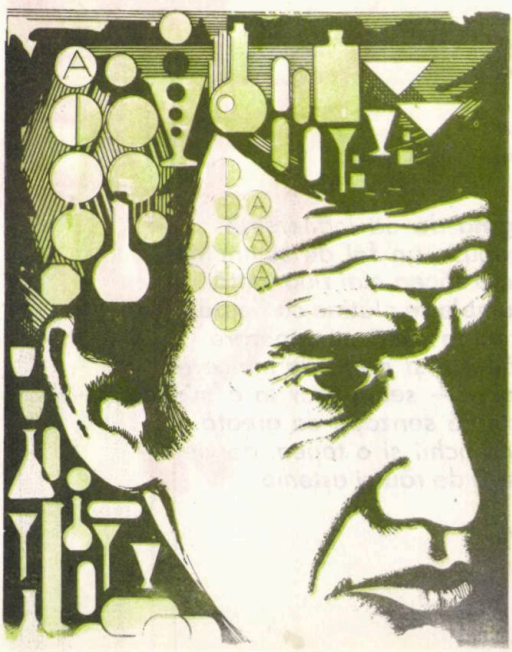
Deodată-n bezna minții se-aprinse o lumină :
„Să știi, gîndi mistreața, tableta e de vină.
Mi-o fi adus ea calmul, însă acum greșesc
Luînd-o mai departe. Ia hai să mă opresc !"
Și se opri. Îndată veniră, din păcate,
Alte necazuri multe, noi și neașteptate :
Tremurături, neliniști, vedenii, insomnie,
Aduse toate parcă de-un vînt de nebunie.
Dar nu era mistreața în nici un caz dementă,
Era doar de tabletă farmacodependentă.
Nemaiputînd, firește, atîtea să îndure
Se hotărî să meargă la doctor, în pădure.
Bătrînul doctor, corbul, o vindecă-într-o lună,
Deci să-l lăsăm pe dînsul morala să ne-o spună :
– Să știți, tranchilizantul e bun, fără-ndoială,
Dar nu luat pentru mofturi și fără socoteală.
De vreți să vă ajute, luați fiece tabletă
Corect, adică numai pe bază de rețetă !

DR. **AL. GHEORGHIU**

Automedicația

uzul și abuzul de medicamente

Efectele secundare ale medicamentelor. Boala iatrogenă



Utilizarea medicamentelor (de la banalele antinevralgice pînă la substanțele cu acțiune antihipertensivă) constituie o practică curentă în viața cotidiană.

Accesibilitatea largă a asistenței medicale, precum și popularizarea prin toate mijloacele de propagandă a noțiunilor medicale strict necesare acordării primului ajutor în caz de urgență (accidente vasculare cerebrale sau coronariene, insuficiență cardiacă, complicații ale unor boli, traumatisme, accidente etc.) constituie factori de primă importanță în explicarea nivelului relativ crescut de cunoștințe medicale ale publicului larg din țara noastră. Informarea publicului cu problemele cele mai importante din medicină a dat posibilitatea fiecărei persoane, fără a avea o pregătire de specialitate, să fie capabilă să acorde primul ajutor în suprimarea unei suferințe a unui semen al nostru, aflat într-o situație critică.

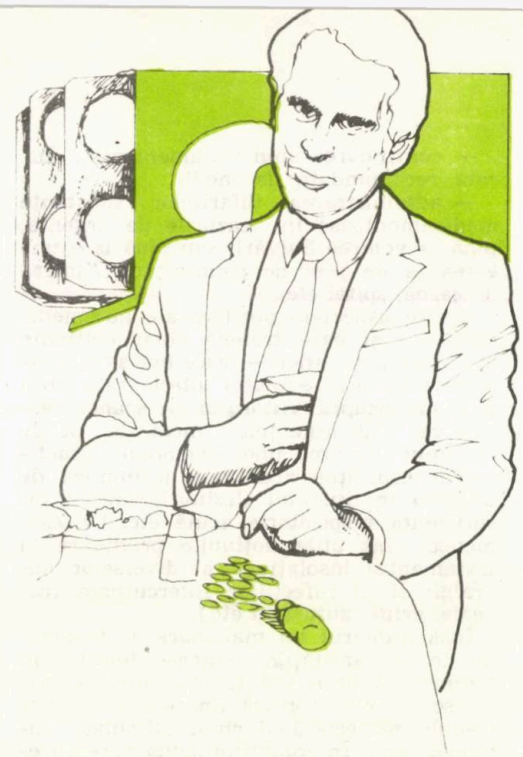
Este absolut necesar, în etapa contemporană, ca fiecare dintre noi să știe să folosească corect unele dintre medicamentele de largă utilizare, să știe care sînt limitele în care o persoană, fără pregătire de specialitate, poate institui un

tratament, pînă la consultul medical. Dar, la fel de important este ca fiecare să fie convins de ce trebuie să facă apel la un anumit medicament (fie ea banala Aspirină sau bătrînul Piramidon) şi de ce nu trebuie utilizat un altul la modă, cu reputaţia de a fi nemaipomenit. Este absolut necesar ca publicul larg să poată face distincţie între reclama comercială a unui medicament (deseori dictată de interese nemedicale) şi popularizarea ştiinţifică a acestuia. Caracterul ştiinţific al popularizării presupune atît prezentarea acţiunii favorabile, cît şi a accidentelor care pot apărea în timpul tratamentului cu medicamentul respectiv.

Considerabilele progrese realizate de medicină şi de industria de medicamente au permis îmbogăţirea arsenalului terapeutic modern, astfel încît în lume există circa 500 000 de substanţe active, prezentate ca medicamente în cel puţin de 2—3 ori mai multe forme medicamentoase (tablete, pilule, drajeuri, soluţii pentru administrare injectabilă sau pentru uz intern, sirop etc.).

Numai în condiţiile în care medicina dispune de un număr extrem de mare de preparate medicamentoase a fost posibilă combaterea unor boli care, pînă nu demult, erau considerate incurabile. Dacă în trecutul apropiat, anemia Biermer avea durata de supravieţuire de maximum 1—2 ani, astăzi sînt suficiente 1—2 doze de vitamina B_{12}, administrate la interval de 2—4 săptămîni, pentru ca să schimbe complet evoluţia acestei boli, mult temută altădată. Mai mult chiar, constatăm că un mare număr de persoane au primit, pentru diferite suferinţe (ciroză hepatică, hepatită cronică, lombosciatică etc.) sau numai în scop de întărire, vitamina B_{12}, în doze care depăşesc cu mult nevoile organismului şi chiar pe cele terapeutice. Şi cîte mii sau milioane de vieţi n-ar fi putut fi salvate înainte, cu o mică parte din cantitatea de vitamina B_{12}, care se utilizează astăzi, în mod mai mult sau mai puţin justificat.

Prevenirea şi combaterea bolilor, prelungirea duratei medii de viaţă, menţinerea şi îmbunătăţirea stării de sănătate constituie inestimabile servicii aduse omenirii de către medicamente. Pe măsura îmbogăţirii arsenalului terapeutic, noţiunea de medicament şi-a lărgit mult sfera, astfel încît asistăm la îmbogăţirea conţinutului acestei noţiuni (de la prevenirea şi tratarea bolilor, la menţinerea şi îmbunătăţirea stării de sănătate). Odată cu evoluţia societăţii pe toate planurile, medicina îşi schimbă profilul, de la caracterul strict *terapeutic* — individual — la cel *profilactic*, fapt ce presupune o adresabilitate mult mai largă a terapeuticii, medicina luînd un tot mai accentuat caracter social.



Cu toate serviciile aduse omenirii de către substanţele medicamentoase, acestea nu sînt complet lipsite de pericol, fiind capabile să producă chiar ele însele anumite îmbolnăviri. În acest sens, este semnificativ faptul că, faţă de numărul mare de medicamente utilizate în terapeutică, numai extrem de puţine sînt complet lipsite de efecte nedorite. Chiar şi sulfatul de bariu, folosit atît de mult în explorarea radiologică a tubului digestiv şi care se elimină în întregime prin scaun, prin întîrzierea tranzitului intestinal poate da senzaţia de disconfort abdominal şi poate accentua o constipaţie preexistentă.

Din aceste motive, una dintre problemele de mare actualitate în toată lumea o constituie *efectele secundare nedorite ale medicamentelor*, încadrate în termenul de *patologie iatrogenă* (de la cuvîntul grecesc *iatros=medic*). Acestea pot apărea atît în cadrul administrării medicamentelor de către personalul medical, cît, mai ales, atunci cînd folosirea de medicamente se face din proprie iniţiativă *(automedicaţie)*.

Dintre formele cele mai frecvente de automedicaţie — modalitate terapeutică ce impune mare atenţie, date fiind riscurile la care pot fi expuşi cei interesaţi — menţionăm :

— administrarea medicamentelor din iniţiativa bolnavilor, înainte ca aceştia să fie examinaţi de medic ;

— solicitarea insistentă — şi obţinerea, prin insistenţă — a unui anumit medicament ;

— continuarea unui tratament peste durata recomandată de medic ;

— administrarea diferitelor substanţe medicamentoase în cazurile de urgenţă, pînă la venirea Salvării sau pînă la ajungerea la un post de prim-ajutor, cameră de gardă, spital etc.

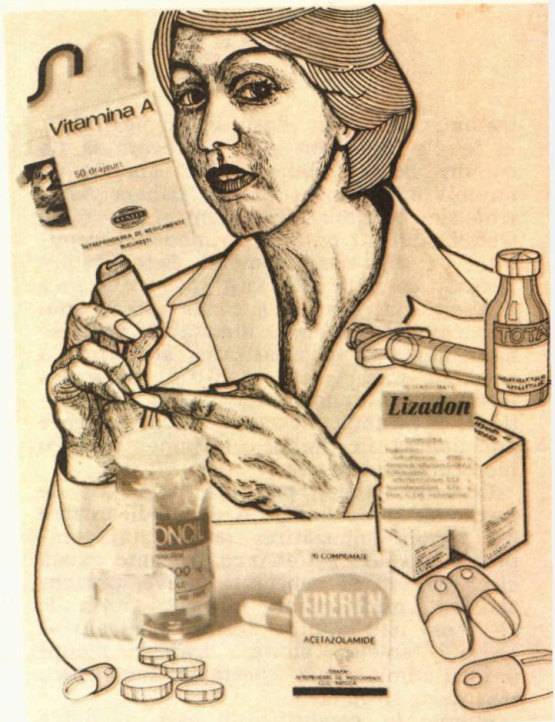
Dintre aspectele pozitive ale automedicaţiei — şi care trebuie chiar cultivate în rîndul populaţiei —, care pot avea consecinţe bune în evoluţia ulterioară a bolii şi chiar asupra viitorului persoanei respective, sînt urgenţele medicale, ca de exemplu : oprirea unei hemoragii, practicarea respiraţiei artificiale, atitudinea de urgenţă în lipotimii (leşinuri) sau în insuficienţa respiratorie acută etc. De asemenea, sînt utile noţiunile privitoare la tratamentul insolaţiei, al diverselor nevralgii şi al infecţiilor intercurente (răceala, gripa, guturaiul etc.).

Însă numărul tot mai mare de medicamente şi cantităţile imense folosite în terapeutică limitează tot mai mult şi definesc tot mai concret limitele între care trebuie respectată şi chiar stimulată automedicaţia. În condiţiile actuale, se apreciază că în toată lumea se consumă, anual, aproximativ 3 milioane de tone de medicamente, dintre care cea mai mare cantitate se administrează în doze de ordinul gramelor şi miligramelor, fapt care constituie dificultăţi mari chiar pentru medic în cunoaşterea acţiunii, indicaţiilor, contraindicaţiilor, dozelor şi efectelor nedorite, în vederea instituirii şi conducerii corecte a tratamentului. În cadrul patologiei medicamentoase, pe măsura îmbogăţirii arsenalului terapeutic, creşte tot mai mult numărul incidentelor şi accidentelor medicamentoase produse ca rezultat al automedicaţiei, în comparaţie cu cele iatrogene, care apar în cursul terapiei aplicate şi supravegheate de către medic.

Prin caracterul său simptomatic, automedicaţia poate duce la greşeli de interpretare sau de diagnostic, mascînd, de multe ori, tabloul clinic al unor boli, dintre care unele cu evoluţie gravă.

Astfel, chiar şi automedicaţia simptomatică — utilă în multe situaţii — poate deveni, fie sursă a unor importante accidente medicamentoase, fie factor de agravare a bolii de bază, riscul evoluţiei nestingherite a acesteia.

În aceste condiţii, medicul este cel care îşi asumă dificila sarcină de a aprecia, de la caz la caz, utilitatea sau chiar nocivitatea automedicaţiei, ca modalitate terapeutică. În acest sens nu trebuie uitat niciodată dictonul latinesc *„Primum non nocere"* („În primul rînd să nu facem rău"), adagiu ridicat la rangul de principiu terapeutic, conform căruia, chiar



dacă nu putem face bine în anumite situaţii, să evităm să facem rău, prin administrarea unei medicaţii sau prin practicarea unor manevre.

Aprecierea valorii terapeutice a diferitelor substanţe medicamentoase, a indicaţiilor şi contraindicaţiilor, ca şi a efectelor nedorite ale acestora reprezintă unul dintre cele mai importante aspecte ale activităţii medicale care, în condiţiile îmbogăţirii arsenalului terapeutic modern, devine tot mai complexă şi reclamă tot mai multe cunoştinţe în acest domeniu.

Utilizate fără discernămînt, medicamentele pot determina numeroase şi variate efecte secundare nedorite, care pot fi uneori mai grave decît boala pentru care s-au administrat.

De cea mai largă utilizare terapeutică — şi de aceea cu potenţialul toxic cel mai mare — se bucură *cafeina, substanţele tranchilizante, antinevralgicele.*

Expunerea principalelor efecte nedorite ale acestor tipuri de medicamente şi concluziile care se desprind din analiza lor, considerăm că sînt utile pentru publicul larg consumator.

CAFEINA

Substanţă psihoenergizantă, *cafeina* este utilă în situaţiile în care activitatea fizică (plimbări, deplasări, ascensiuni) este susţinută sau chiar moderată ; pentru aceasta, una sau două cești de cafea (echivalente cu 1—2 linguriţe cu vîrf de cafea sau linguriţe rase de Nescafé) sînt suficiente pentru o zi. Repartizarea

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

acestora trebuie făcută dimineaţa şi la prînz, astfel încît pînă la ora culcării să-şi epuizeze efectul, permiţînd astfel somnul, refacerea potenţialului energetic fizic şi nervos, pentru ca a doua zi organismul să poată fi în situaţia funcţională de a răspunde unor noi solicitări şi chiar suprasolicitări. Dacă tentaţia unei cafele este aşa de mare încît nu se poate renunţa la ea nici seara, atunci este bine ca aceasta să fie decafeinizată (Nescafé fără cafeină, Inka, amestec).

Consumul exagerat de cafea de către persoanele care conduc mijloace de transport (autoturisme, camioane, locomotive etc.) poate fi dăunător, chiar periculos. deoarece stimularea senzorială, în special cea vizuală, nu mai permite aprecierea corectă a distanţei, a vitezei de deplasare a celorlalte vehicule şi poate constitui o cauză de accidente la depăşiri, în curbe etc.

Contracararea efectelor alcoolului — exagerată mult de către publicul larg, dar şi de către medici — nu a fost confirmată de cercetările moderne. Dacă pînă nu de mult se considera că, prin acţiunea de excitare corticală, cafeina neutralizează efectul deprimant pe care-l exercită ingerarea de alcool, punctul de vedere actual este diametral opus. Într-adevăr, cafeina nu numai că nu anihilează acţiunea deprimantă a sistemului nervos produsă de alcool, ci o şi accentuează, ca urmare a favorizării pătrunderii alcoolului din circulaţie în celulele nervoase. Dealtfel, dramele petrecute pe munte, pe şosele etc. dovedesc suficient de convingător că o ceaşcă de cafea — fie ea chiar mare — nu este capabilă să suprime efectul alcoolului ingerat peste posibilităţile organismului de a-l metaboliza (capacitatea ficatului de a degrada alcoolul este în medie de 1 gram pe oră). De aceea, după consumarea de alcool, cafeaua este contraindicată, deoarece favorizează instalarea stării de beţie sau o accentuează ca intensitate şi o prelungeşte în timp.

Cum însă cafeaua, ceaiul şi băuturile răcoritoare cafeinate au devenit componente ale alimentaţiei fiziologice a omului contemporan, pentru păstrarea valorii lor biologice şi energizante trebuie evitat abuzul în folosirea acestora. De la efectul psihoenergizant — dorit şi realizat prin ingerarea băuturilor cafeinate — se poate ajunge la scăderea capacităţii de muncă, la scăderea randamentului intelectual şi fizic, la irascibilitate şi conflicte, insomnie şi cefalee, scăderea capacităţii individuale de acomodare la ritmul vieţii contemporane, care este din ce în ce mai alert.

Savoarea unei cești de cafea, de ceai sau de cacao, ca şi a băuturilor răcoritoare cafeinate (în multe ţări devenite chiar băuturi naţionale) şi rafinamentul la care s-a ajuns în prepararea lor (cafea turcească, cafea filtru, Mazagran, cafea cu frişcă sau cu rom, Schwartz, Marghiloman, cafea la nisip, Nes etc.) constituie suficiente argumente care pledează sau chiar obligă la utilizarea raţională a acestor băuturi, pentru evitarea transformării lor dintr-o plăcere a omului contemporan, într-o sursă generatoare de disconfort.

93310

TRANCHILIZANTELE

Tranchilizantele sînt substanţe care au capacitatea de a îndepărta starea de neliniște, de anxietate, pe care o avem cu toţii în anumite situaţii.

Raţiunea utilizării tranchilizantelor în terapeutică constă în acţiunile antianxioasă şi sedativă. În prezent, există un număr mare de substanţe tranchilizante, în permanentă, dar nejustificată creştere, proprietăţile lor farmacologice generale fiind comune.

Cele mai mult folosite în practică sînt : Meprobamatul (Carbaxin), Hidroxizinul (sau Atarax, de unde şi denumirea de *ataractice* dată acestor substanţe), Clordiazepoxidul (Librium, Napoton), Diazepamul (Valium) şi Rudotelul.

Utilizate fără discernămînt, prelungind în mod nejustificat folosirea lor sau crescînd doza fără argumentare ştiinţifică, pot apărea efecte secundare nedorite, dintre care cele mai importante, pentru individ şi pentru societate, sînt cele *neuropsihice*.

Dacă la începutul introducerii în terapeutică a substanţelor tranchilizante se considera că acestea nu deprimă facultăţile intelectuale, că nu afectează percepţia şi, în general, nu modifică randamentul, ulterior, punctul de vedere s-a schimbat.

Îndepărtarea stării de uşoară tensiune, de anxietate, care caracterizează activitatea normală a fiecărei persoane, are drept consecinţă scăderea interesului pentru lucrul efectuat şi instalarea unei stări de indiferenţă. Ca urmare, performanţele şi randamentul fizic şi psihic scad în mod semnificativ. Dealtfel rezultatele obţinute de persoanele tratate cu tranchilizante la diferite concursuri (motociclism, automobilism, alpinism etc.) au fost primele care au tras semnalul de alarmă asupra acţiunii negative asupra concurenţilor. Într-adevăr, scăderea interesului pentru obţinerea unui loc cît mai bun în clasament, pentru obţinerea unor performanţe superioare, pentru depăşirea unor rezultate anterioare etc. — rezultat al suprimării stării de tensiune caracteristică şi necesară unor astfel de confruntări — a condus la renunţarea utilizării tranchilizantelor în situaţiile caracterizate fiziologic prin tensiune nervoasă crescută (concursuri, examene, confruntări sportive etc.).

În schimb, la persoanele cu stări excesive de anxietate, acţiunea tranchilizantă duce la îmbunătăţirea evidentă a performanţelor motorii, ca şi a funcţiilor de percepţie, a stării de vigilenţă şi a capacităţii de raţionament.

Dintre tulburările neuropsihice induse de substanţele tranchilizante, cele care trebuie să reţină atenţia în mod deosebit sînt :

Obişnuinţa — întîlnită mai ales în cazul administrării dozelor mari sau al celor de lungă durată. Se consideră chiar că la persoanele la care durata tratamentului a depăşit 5 ani, se instalează sigur obişnuinţa, ca urmare a adaptării celulare şi a creşterii capacităţii de metabolizare de către organism a substanţelor tranchilizante.

Legat de obişnuinţă, în special după administrarea de Diazepam, este şi un complex simptomatologic denumit *sindromul de impregnare*. Acesta constă din : tremurături ale extremităţilor, în special ale degetelor, ameţeli, mers ebrios (care sugerează mersul omului beat), senzaţia de cedare a articulaţiilor genunchilor. Este vorba, foarte probabil, de evidenţierea acţiunii relaxante asupra musculaturii scheletice (pe care o exercită substanţele tranchilizante, în general, şi Diazepamul, în special). În aceste condiţii, reflexele condiţionate şi cele necondiţionate care asigură diferitele activităţi motorii ale organismului nu mai sînt proporţionale cu activităţile respective, fapt care are ca urmare o oarecare dismetrie, care explică tulburările de coordonare a mişcărilor.

Cumularea (termen de specialitate, sinonim cu cel de acumulare) — constatată în administrările de lungă durată a substanţelor tranchilizante — poate fi responsabilă, în unele cazuri de intoxicaţie, chiar în condiţiile respectării stricte a dozajului.

Eliminarea relativ lentă, pe cale renală, a acestor substanţe (în circa 48 de ore) şi metabolizarea lor hepatică constituie condiţii favorabile ale apariţiei fenomenului de acumulare în cursul tratamentelor prelungite, în care dozele nu numai că nu se reduc în măsură corespunzătoare ci, din contră, sînt crescute progresiv. Este interesant de semnalat faptul că, la persoanele care utilizează frecvent substanţe tranchilizante sînt semnalate tot mai multe cazuri de creştere voluntară a dozelor.

În vederea evitării cumulării, a obişnuinţei şi a sindromului de impregnare este recomandabil a se administra cantităţi mici de substanţă, iar periodic — săptămînal sau la 10 zile — să se instituie o pauză de cîteva zile sau să se schimbe medicamentul cu un altul din aceeaşi clasă sau din clase diferite ; această modificare a schemei terapeutice este însă de competenţa exclusivă a medicului. Dacă este imperios necesară prelungirea tratamentului tranchilizant, atunci se va căuta, pe cît posibil, să nu se crească dozele progresiv, aşa cum au tendinţa bolnavii, ci, din contră, să se reducă ; acest lucru este posibil în condiţiile în care periodic se face pauză de cîteva zile, la reluarea administrării fiind suficiente doze chiar mai mici decît cele folosite înainte de pauză.

Sindromul de abstinenţă — reprezintă unul dintre principalele efecte nedorite ale medicaţiei tranchilizante, de care trebuie să se ţină seama în conducerea corectă a tratamentului cu aceste substanţe

Suprimarea bruscă a administrării oricărui preparat din această clasă, mai ales în cazurile utilizării îndelungate, duce, în majoritatea cazurilor, la apariţia unor tulburări neuropsihice şi digestive foarte supărătoare şi greu suportate de bolnav.

Astfel pot apărea : insomnie rebelă la tratamentele curente, irascibilitate sau, dimpotrivă, stare depresivă, anxietate, tremurături ale extremităţilor, tresăriri musculare, incoordonarea mişcărilor, uneori crize de tip epileptic, scăderea apetitului, vărsături.

Aceste constatări clinice contraindică întreruperea bruscă a substanţelor tranchilizante ; de aceea este prudent a se reduce treptat dozele folosite curent, întreruperea administrării substanţei trebuind să fie precedată de folosirea unei doze zilnice minime, chiar ineficace.

Potenţarea acţiunii deprimante a alcoolului poate reprezenta atît un efect ne-

plăcut, cît mai ales grav, al substanţelor tranchilizante ; astfel, ingerarea de alcool în timpul tratamentului cu tranchilizante (chiar în doze mici, administrate sporadic) favorizează instalarea intoxicaţiei acute, chiar dacă s-au consumat cantităţi mici de alcool, care nu ar fi dus la instalarea stării de beţie.

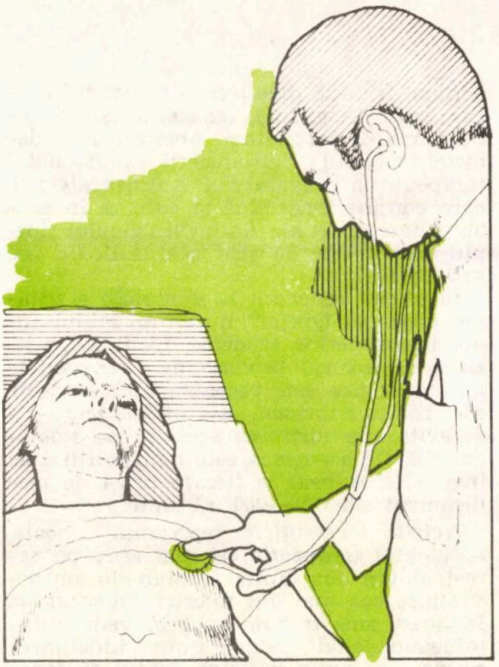
Astfel de situaţii neplăcute sau chiar dăunătoare sînt foarte uşor de evitat dacă avem în minte, în permanenţă, recomandarea că *ingerarea de alcool este contraindicată în timpul tratamentului tranchilizant şi, invers, trebuie evitate aceste substanţe la persoanele care uzează în mod constant de alcool, indiferent de concentraţie* (bere, vin, ţuică etc.).

La conducătorii auto (ca dealtfel la toţi conducătorii mijloacelor de locomoţie : tramvai, troleibuz, avion, tren etc.) este dăunătoare deoarece perturbarea reflexelor condiţionate şi a celor necondiţionate conduce la aprecieri incorecte ale distanţei, vitezei de deplasare, precum şi la întîrzierea luării comenzii de frînare. Prelungirea timpului scurs de la vederea unui obstacol pînă la luarea hotărîrii de frînare, punerea în mişcare cu întîrziere a muşchilor şi articulaţiilor membrelor inferioare, întîrzierea ridicării piciorului de pe pedala de acceleraţie şi acţionare pe cea de frînă constituie tot atîtea dezavantaje pe care le produc substanţele tranchilizante la persoanele care conduc autovehicule, chiar şi numai ocazional. În plus, dismetria (disproporţia dintre amplitudinea mişcărilor efectuate şi necesarul mişcării respective) face ca în acţionarea pedalelor să intervină un grad de nesiguranţă care, în unele cazuri, poate fi periculoasă, dăunătoare.

ANTINEVRALGICELE

Substanţele antinevralgice împart, împreună cu tranchilizantele, primele două locuri în ceea ce priveşte consumul de medicamente. Preferinţele individuale (ale bolnavului sau ale medicului), particularităţile individuale, încrederea într-un anumit preparat justifică preferenţialitatea folosirii unuia sau mai multor preparate antinevralgice în tratamentul diferitelor dureri (de cap, articulare etc.).

Pentru a putea folosi cu maximum de eficienţă substanţele antinevralgice, trebuie să se aibă în vedere întotdeauna faptul că ele nu suprimă cauza care a produs durerea respectivă, ci influenţează conducerea stimulilor dureroşi şi procesul de integrare a durerii în sistemul nervos central. Privite prin această prismă, substanţele analgetice se folosesc în scop antinevralgic, scăzînd sau ducînd la dispariţia durerilor de origine somatică : nevralgii diferite (intercostale, dentare, nevralgia de sciatic sau sciatică etc.), dureri musculare (din cursul răcelilor, virozelor respiratorii, gripei) şi cefalee (durerile de cap). În durerile de cap şi în migrenă, antinevralgicele sînt în multe cazuri de mare utilitate, deoarece administrate precoce — la apariţia primelor semne sau cît mai aproape de momentul apariţiei durerii de cap — pot duce la suprimarea senzaţiei dureroase.



Dintre substanţele analgetice-antinevralgice folosite în practica curentă, cele mai importante sînt :

— acidul acetilsalicilic (Aspirina),
— fenilbutazona (Butazolidina),
— aminofenazona (Piran, Piramidon, Amidopirina),
— salicilamida,
— fenacetina,
— fenazona (Antipirina).

În vederea creşterii acţiunii principale şi pentru evitarea efectelor nedorite, în majoritatea cazurilor se folosesc asocieri de substanţe analgetice-antinevralgice.

La persoanele care uzează sau abuzează de medicaţia analgetică-antinevralgică în scopul suprimării unor dureri de origine viscerală (organică, somatică) pot apărea efecte secundare de ordin digestiv, renal, hematologic, neuropsihic şi alergic.

Tulburările digestive sînt cele mai frecvente dintre acţiunile nedorite ale acestui tip de medicamente. Ele sînt variate ca forme de manifestare şi intensitate, mergînd de la simpla iritaţie a mucoasei digestive, pînă la hemoragii digestive şi perforaţie a stomacului. Cea mai puternică

acțiune iritantă digestivă o au acidul acetilsalicilic (Aspirina), fenacetina și fenilbutazona (Butazolidina). Acesta a fost, de altfel, motivul introducerii în arsenalul terapeutic a preparatului Antinevralgic S, care conține fenacetină și cafeină în aceleași doze, ca și ale Antinevralgicului simplu, dar în loc de acid acetilsalicilic are salicilamidă.

În scopul reducerii la minimum a iritației digestive (grețuri, durere în etajul abdominal superior, scăderea apetitului, senzația de arsură) produsă de substanțele antinevralgice este recomandabil — sau, mai corect exprimat, este *obligatoriu* — a se evita administrarea acestora pe stomacul gol. De asemenea este obligatoriu a se ingera (a se bea) la fiecare priză de medicament cîte 150—200 ml lapte.

Nefrita interstițială reprezintă, poate, accidentul terapeutic cel mai grav pe care-l induce una dintre substanțele antinevralgice cea mai des folosită : *fenacetina*. În acest sens trebuie avut în vedere, întotdeauna cînd se iau timp îndelungat preparate antinevralgice, faptul că fenacetina intră în compoziția multor antinevralgice, ca de exemplu : Antinevralgic, Antinevralgic S, Sirenon, Codamin, Fasconal, Fenacetol.

Evoluția bolii este gravă, spre insuficiență renală cronică, uremie și deces. Gravitatea este dată și de faptul că timp îndelungat simptomele bolii (creșterea nejustificată a cantității de urină eliminată în 24 de ore, decolorarea urinei), capabile să atragă atenția asupra acestei afecțiuni, lipsesc.

De aceea este obligatorie individualizarea tratamentului antinevralgic, folosind substanțele cu cea mai mică toxicitate ; de asemenea, este necesară informarea bolnavului asupra riscului la care se expune abuzînd de antinevralgicele pe bază de fenacetină.

La copiii mici și la nou-născuți antinevralgicele pe bază de fenacetină pot induce unele accidente terapeutice de gravitate mult mai mare decît la adulți. Dată fiind marea sensibilitate a nou-născuților, sugarilor și copiilor mici la fenacetină, este contraindicată utilizarea la gravide (în special în ultimele luni de sarcină), ca și la persoanele care alăptează (fenacetina trece ușor prin placentă, la făt, în viața intrauterină, cît și în lapte). În aceste perioade critice pentru copil, este recomandabil ca femeile care alăptează și gravidele să nu folosească, în scop antinevralgic, medicamente care conțin fenacetină.

După parcurgerea acestor date privitoare la acțiunea principală, acțiunile secundare (dorite sau nedorite), indicațiile și precauțiile care trebuie luate atunci cînd urmează tratament analgetic-antinevralgic, să trecem la particularitățile folosirii fiecărui preparat, în vederea unei cît mai bune orientări în alegerea medicamentului indicat pentru persoana respectivă.

Acidul acetilsalicilic — Aspirina — se prezintă sub două forme :

— comprimate clasice, care se ingeră ca atare ;

— comprimate efervescente, care, introduse în 150—200 ml apă, în 5—6 minute se dizolvă complet, dînd naștere unei ape gazoase agreabile la gust, ușor de luat chiar și de cele mai dificile persoane. Acest mod de administrare are avantajul că asigură și cantitatea minimă de apă pentru evitarea iritației digestive și a precipitării în urină a acidului uric și sărurilor sale.

Acidul acetilsalicilic este indicat mai ales în cazurile în care durerea se însoțește de oboseală, apatie, somnolență și atunci cînd avem nevoie de atenție trează cîteva ore (pentru conducerea autoturismului, pentru efectuarea unui traseu montan sau alpin etc.) ; este antinevralgicul de elecție pentru ziua (luat seara poate să împiedice instalarea somnului, să-i scadă profunzimea sau durata). Are, din acest punct de vedere, acțiune excitantă asupra sistemului nervos central (pe lîngă cea antinevralgică) aproximativ egală cu a unei cești de cafea.

Salicilamida, prezentată sub formă de comprimate, constituie antinevralgicul de elecție pentru seara și noaptea ; după suprimarea durerii, se instalează o stare de bine, care favorizează somnul. Fiind puțin iritantă digestiv, este indicată și la persoanele cu sensibilitate din partea tubului digestiv, la cele cu gastrită și ulcer.

Paracetamolul — comprimate — este foarte puțin iritant pentru mucoasa gastrică și intestinală. Constituie un bun antinevralgic diurn (de zi), care nu modifică funcțiile psihice și nici raportul veghe-somn, putînd fi luat în orice condiții de activitate.

Aminofenazona — este unul dintre cele mai utilizate antinevralgice, atît de către adulți, cît și de copii, datorită bunei sale toleranțe digestive. Are acțiune stimulantă nervoasă, fiind un bun antinevralgic diurn. Are dezavantajul că în cazuri foarte rare — excepționale în zona noastră geografică — produce scăderea, pînă la dispariție, a globulelor albe din sînge (leucocitele). Constatarea acestui accident terapeutic contraindică pentru totdeauna folosirea aminofenazonei sau a medicamentelor în compoziția cărora intră (Scobutil compus, Alindor, Sirenon, Antidoren, Codamin, Lizadon, Antimigrin).

Saldorenul are acțiuni (principale și secundare) și indicații aproximativ asemănătoare cu ale aminofenazonei.

Antimigrinul este bun antinevralgic diurn.

Antidorenul este o combinație de fenazonă, aminofenazonă, salicilat de sodiu și cofeină, a cărei acțiune iritantă digestivă face impropriu preparatul pentru utilizarea pe gură ; de aceea se administrează în injecții intramusculare. Acțiunea sa analgetică-antinevralgică este puternică ; la noi în țară nu este prea mult folosit.

Fenilbutazona are, pe lîngă acțiune antinevralgică, și efect antiinflamator, putînd acționa, în multe cazuri, și asupra cauzei care produce durerea. Are dezavantajul acțiunii iritante digestive foarte marcată, producînd grețuri, vărsături, durere abdominală, hemoragie digestivă. Trebuie administrată cu lapte (circa 150—200 ml lapte cu fiecare doză) și, preferabil, după masă. Este contraindicată ca medicament antinevralgic la persoanele cu gastrită și ulcer gastroduodenal. Pentru evitarea iritației gastrointestinale s-au realizat supozitoare care, însă, fiind incomod de administrat și greu de păstrat, nu se folosesc în scop antinevralgic. În general, este recomandabil a se reduce sarea din alimentație în timpul tratamentului cu fenilbutazonă.

Algocalminul este, foarte probabil, preparatul cu cea mai largă utilizare în țara noastră pentru suprimarea durerilor de origine viscerală : durerea de cap, durerea dentară, nevralgii diverse, colici (biliare, ureterale), dureri postoperatorii. Are dezavantajul că este iritant puternic pentru țesuturile în care se injectează (injecția intramusculară este foarte dureroasă) ; de aceea, foarte multe persoane preferă să ingere (să bea) conținutul fiolei, cu atît mai mult cu cît toleranța digestivă este perfectă.

Codaminul este o combinație antinevralgică formată din aminofenazonă, fenacetină, codeină și cafeină. Are acțiune foarte bună în nevralgii și durerile de cap de orice natură (reumatică, migrenoasă, vasculară) ; este antinevralgic diurn, care trebuie administrat după masă sau după ingestia de lapte. Este recomandabil a nu se depăși doza de 2 comprimate pe zi, dat fiind conținutul în fenacetină (care are acțiune toxică renală).

Sirenonul are aceeași compoziție ca și Codaminul, însă fără codeină ; în schimb, cantitatea de fenacetină este mai mare pe comprimat (300 miligrame), fapt care contraindică acest preparat la bolnavii cu suferință renală. Doza zilnică (1—2 comprimate) trebuie repartizată în două prize — dimineața și la prînz — astfel încît să nu tulbure instalarea, profunzimea și durata somnului.

Fasconalul este un foarte bun antinevralgic, prezentat sub formă de comprimate, ambalate în foiță de staniol, pentru evitarea contactului cu aerul a substanțelor componente (acid acetilsalicilic, fenacetină, codeină, fenobarbital). Doza zilnică este de 1—3 comprimate, care trebuie administrate după masă sau după ingestia de lapte, o felie de pîine cu unt, biscuiți cu unt, sandviș cu șuncă etc. Dat fiind că are atît cafeină, cît și fenobarbital, se poate administra și seara, deoarece nu perturbă somnul. Atenție la suferinzii de boli renale, deoarece, prin fenacetină, Fasconalul este nefrotoxic.

Cofedolul — drageuri — conține ergotamină și cafeină cu acțiune puternică analgetică, în special în durerile migrenoase. Cantitatea mare de cafeină (100 miligrame, echivalent cu o ceașcă de cafea turcească) obligă la administrarea ultimei doze înainte de orele 16, pentru a permite odihna din timpul nopții.

Cefalofenul — combinație de procaină (Novocaină = anestezic local) cu cafeină — își găsește indicația mai ales în durerile postoperatorii ; dealtfel, și faptul că se prezintă sub formă de soluție injectabilă intramuscular și intravenos face dificil tratamentul în afara unei unități sanitare (spital sau ambulatoriu).

Antinevralgicul reprezintă medicamentul de bază în tratamentul durerii de cap ; el conține acid acetilsalicilic (Aspirină), fenacetină și cafeină, fiind util în majoritatea cazurilor de cefalee. Este însă iritant digestiv puternic, ceea ce îl face să fie greu suportat de bolnavii cu suferințe gastroduodenale. Prin calitățile sale, preparatul Antinevralgic este indicat ziua, după masă sau după ingestia de lapte. Poate crea neplăceri prin transpirația pe care o produce și, uneori, prin mirosul particular al acesteia.

Datorită acidului acetilsalicilic, este contraindicat la bolnavii ulceroși, iar prin fenacetina pe care o conține trebuie administrat cu prudență la persoanele cu diferite suferințe renale.

Antinevralgicul S are aceeași compoziție ca și precedentul, cu deosebirea că în loc de acid acetilsalicilic are salicilamidă (de unde și inițiala S). Salicilamida are avantajul că nu este iritantă digestiv și nu produce excitație nervoasă centrală (ca acidul acetilsalicilic), ci, din contră, are efect sedativ. Este antinevralgicul universal — de ziuă, de seară și de noapte — indicat și la persoanele cu suferințe digestive de tip gastrită sau ulcer gastroduodenal. Fenacetina din compoziția sa impune prudență la bolnavii cu afecțiuni renale (glomerulonefrite, insuficiență renală).

CONF. DR. **EMIL A. POPESCU**

SNOBUL

LA FARMACIE

Mai sînt unii oameni care
– Snobi sau maniaci, se pare –
Spun că nu le merge bine
Decît cu leacuri străine.
Astfel, fără altă boală,
Decît o mică răceală,
Unul cerea, cu mult vaier,
Numai aspirină Bayer.
Sau, tușind și el puțin,
Refuza Calmotusin,
Pretinzînd doar Bisolvon,
Bromhexin sau Mistabron.
Să combată-o astenie,
Ori o simplă insomnie,
Valium Roche avea-n plan,
Fiindcă-i mai... elvețian.
Dar chiar untură de pește
De-i dădeai, pe românește,
Strîmba din nas, că el vrea
Fish liver oil scris pe ea.
În sfîrșit, să iasă afară
El nu lua o sare-amară,
Nici ulei de parafină
Și nici pe cel de ricină,
Ci voia, pentru-al lui ban,
Purgativ... american.

Zadarnic i-a explicat
Farmacista, neîncetat,
Că are înlocuitori,
Chiar mai buni, de multe ori,
Fiindcă el îi da-nainte
Cu ce își pusese-n minte.
Că nu ia nimic, nici mort,
Dacă nu e din import.

Pînă cînd, din întîmplare,
Află dînsul, cu stupoare,
Că unele din produse,
Pe care le tot ceruse,
Au fost din comerț retrase,
Ca fiind periculoase
Și-apoi, citind prin ziare,
Că-n Anglia-s unii care
Sciatica și-o alină
Cu infuzii de țelină
Și că se fac azi pe lume,
Multe leacuri din legume,
Sau din fructe, ori din muguri,
Pentru orice beteșuguri.
Și, temperîndu-și mania,
A mai slăbit farmacia ;
Vine-acum la ea mai rar,
Stînd mai mult la... Aprozar.

ION VULPESCU

FĂRĂ CUVINTE...

DESEN DE NIC. NICOLAESCU

BOLNAVUL inchipuit

Nu am intenția de a scrie despre celebra comedie a lui Molière, „Bolnavul închipuit". Las acest lucru în seama cronicarilor dramatici. Ca medic, mă refer la un alt bolnav „închipuit", care, deși nu mai puțin „molieresc", este un personaj frecvent întîlnit. Este vorba de „bolnavul închipuit" al secolului XX. E „suferindul" căruia, ascultîndu-i păsul, ești gata să-l compătimești, fără a-ți putea da seama că suferința lui fizică — pe care ți-o descrie cu lux de amănunte — nu este în fond decît rodul imaginației lui, singura pe care o putem considera într-adevăr bolnavă.

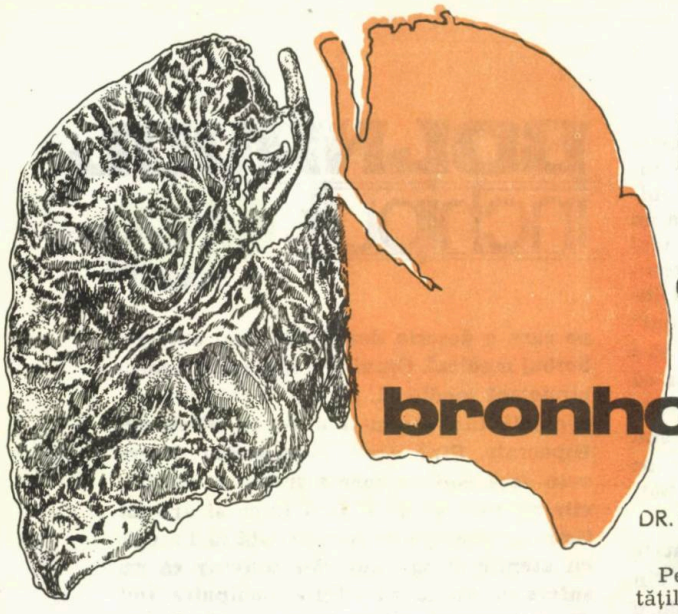
Grija pentru propria noastră sănătate este firească. Nu înseamnă însă a face din aceasta o preocupare de fiecare clipă, o adevărată obsesie, capabilă a ne stingheri activitatea, a ne înfrîna elanurile, a ne pune în umbră toate celelalte preocupări.

Sînt unii oameni care se preocupă în mod exagerat de sănătatea lor fizică, privindu-se înăuntrul lor — ca să ne exprimăm astfel — pentru a-și cerceta buna funcționare a cutărui sau cutărui organ, creîndu-și, în acest mod, o permanentă neliniște. În fiecare clipă ei simt o durere, fie în dreptul inimii, fie la ficat, fie la stomac, rinichi sau la cine știe care alt organ! Datorită autosugestiei, durerea se va accentua, va lua proporții dramatice, făcîndu-i pe bieții oameni să vadă totul în negru, să se creadă „bolnavi-copți", fără nici o speranță de vindecare... Sînt pacienți pe care îi întîlnim adeseori în sălile de așteptare ale policliniciior, aglomerînd consultațiile, căutînd să-i impună medicului punctul lor de vedere, fiind în permanentă căutare de noi analize, care, odată obținute, vor încărca în mod inutil laboratoarele. Alteori, evitînd contactul cu medicul, subestimîndu-i competența, își vor institui singuri un tratament haotic, cu medicamente care de multe ori se anulează reciproc sau pot da reacții secundare, cu răsunet nefast asupra unor organe. Așa se explică faptul că bolnavii închipuiți, acești ipohondrii ai civilizației, „suferă" în decurs de luni și ani, de toate bolile posibile. Cunosc un astfel de „bolnav" care, de cîte ori mă întîlnește, îmi povestește despre boala lui, mereu alta, pe care o descrie dealtfel într-un autentic limbaj medical. Omul și-a înjghebat o mică bibliotecă medicală, pe care o consultă necontenit, instruindu-se astfel în știința lui Hipocrate. Pînă acum mi-a vorbit despre vreo zece boli de care a suferit și nu știu cîte va mai avea. E încă tînăr și are tot timpul... Trebuie de fiecare dată să-l ascult cu atenție și să caut să-l conving că nu suferă de nimic, că totul e închipuire. Îmi dă impresia că mă crede, că s-a lăsat convins, dar în fond rămîne mai departe la convingerea sa, că este bolnav. Dealtfel, cam așa se petrec lucrurile cu toți „bolnavii" de acest soi, prea încrezători în calitățile lor de mari diagnosticieni. Pe de altă parte, fantezia lor este de-a dreptul uluitoare. O simplă greață, de pildă, datorită unei banale indigestii, îi poate face să se gîndească, pe loc, la unele diagnostice grave, cum ar fi: gastrită, colită, apendicită, hepatită, peritonită etc. Numai la „ipohondrită" nu se gîndesc... Cît despre cauza acestora, ea e mai întotdeauna, în mod expres și obligatoriu, de natură canceroasă.

După cum e ușor de înțeles, nu e deloc plăcut să suporți văicărelile unor astfel de bolnavi imaginari, atunci cînd te afli mult timp în apropierea lor, făcînd parte din aceeași familie sau din același colectiv de muncă. Fără nici o exagerare, putem afirma că, prin sîcîielile continue și obositoare, un bolnav închipuit poate face în jurul său mai mulți bolnavi de nervi, veritabili.

Dacă printre cititorii acestui almanah vor fi unii care se vor simți avizați, le cer scuze pentru tonul ușor ironic cu care am vorbit despre „suferința" lor. S-ar putea, totuși, ca un asemenea „ton" să le ajute. Ironia, atîta timp cît nu este vorba de o boală adevărată, reprezintă uneori tratamentul cel mai bun.

DR. **FLORIN COLONAȘ**



Mecanisme de apărare bronhopulmonară

DR. G. UNTEANU

Corpul omenesc este supus în permanență acțiunii nocive a numeroși și foarte variați agenți patogeni — microbi, virusuri, particule de tot felul, substanțe chimice etc. — care, pe cale aeriană, digestivă sau cutanată, pot pătrunde în diferite organe, determinînd sau favorizînd declanșarea unor boli de gravitate deosebită. Față de acești agresori nevăzuți se desfășoară o susținută și foarte bine organizată luptă de apărare locală, prin mijloace proprii care, sub o formă sau alta, neutralizează și distrug elementele „invadatoare", menținînd echilibrul biologic pe care-l numim **sănătate** și explicînd de ce nu se înregistrează un număr și mai crescut de îmbolnăviri în cadrul populației ; și cum fiecare om nu este absolut identic cu altul, tot așa și posibilitățile de combatere eficientă a factorilor dăunători variază în funcție de cantitatea, calitatea și potențialul defensiv al acestor mecanisme.

Se știe că, mai mult decît alte organe, plămînii, aflați în comunicare directă prin căile aeriene superioare cu aerul atmosferic ce conține, în suspensie, praf, pulberi inerte, microorganisme, gaze etc., trebuie să facă față unei continue agresiuni de natură fizică, infecțioasă sau chimică, a cărei intensitate progresează paralel cu gradul de poluare și contaminare amplificată în aglomerări umane, în întreprinderi cu noxe inhalatorii profesionale, la fumători, în încăperi supraîncălzite. Avînd în vedere faptul că în țara noastră, prin frecvența lor, bolile aparatului respirator, luate în ansamblu, dețin primul loc, că ele constituie una dintre principalele cauze de deces și a numărului de zile de muncă pierdute, se poate aprecia utilitatea cunoașterii mecanismelor care alcătuiesc un veritabil echipament de protecție și necesitatea păstrării cît mai îndelungate a capacității de apărare locală.

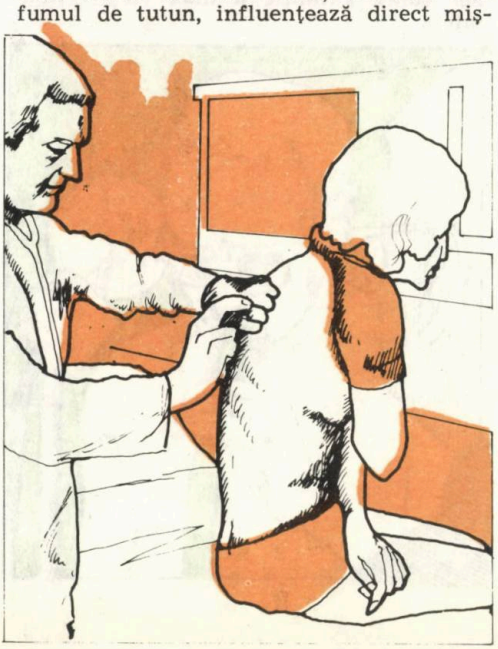
Pentru a înțelege cît mai bine modalitățile de distribuție și particularitățile acestui dispozitiv complex și specializat, adaptat filtrului bronhopulmonar, se impune a reaminti că plămînii sînt formați din două componente structural diferite : **un sistem de conducte** tot mai îngustate spre periferie (traheea, bronșiile primitive și secundare), subdivizate treptat pînă la bronșiolele terminale, întreg acest ansamblu de ramificații avînd sarcina de a asigura tranzitul aerian (ventilația), și **țesutul pulmonar** propriu-zis, constituit din sacii alveolari, asemănați cu ciorchinii de struguri, care includ canale minuscule și alveole de formă hemisferică (corespunzătoare boabelor ciorchinelui), în număr de peste 300 de milioane la adult, totalizînd o suprafață, în medie, de 100 m^2, prin intermediul căreia se efectuează schimbul de gaze (perfuzia) între aer și sîngele care circulă într-o vastă rețea de vase de cel mai mic calibru (capilare), însumînd o lungime calculată la aproape 2 300 km.

În scopul menținerii în condiții optime a funcțiilor sale majore, sistemul bronhopulmonar solicitat neîntrerupt de ambele căi, **externă** (aeriană) și **internă** (sanguină), dispune de o serie de mecanisme, avînd două obiective esențiale : menținerea permeabilității arborelui bronșic, respectiv circulația normală a aerului în ambele sensuri (inspirație și expirație), și integritatea structurii pereților alveolari la nivelul cărora, datorită unor anumite presiuni gazoase, oxigenul absolut necesar vieții pătrunde din aer în sîngele din capilare, iar bioxidul de carbon, rezultat din activitatea întregului organism, este eliminat din sînge în aerul care va fi expulzat la exterior.

După cercetări laborioase și de lungă durată au fost descoperite, identificate și descrise ca mijloace de apărare locală următoarele componente :

— **Mucusul,** secretat de glande situate în peretele bronşiilor şi compus din diferite substanţe ce formează un strat de acoperire aproape continuu, cu acţiune polivalentă de întreţinere a unui grad convenabil de umiditate a aerului ; reţine şi fixează la suprafaţa sa particulele mai mari de 2—3 microni, reduce gradul de toxicitate a unor gaze ca bioxidul de sulf şi combate, prin produşi naturali (imunoglobuline, lizozim, interferon), sintetizaţi local sau proveniţi din sînge, dezvoltarea microbilor inhalaţi din afară sau a celor ce populează, în mod obişnuit, căile aerodigestive superioare. Trebuie precizat că din grupa imunoglobulinelor notate cu literele A, G şi M, care datorită luptei ce o duc împotriva microorganismelor generatoare de infecţii au fost numite şi **anticorpi,** imunoglobulinele A reprezintă prima linie de apărare faţă de virusuri şi bacterii, iar insuficienta lor producere la fumători explică atît rezistenţa scăzută a acestor persoane faţă de bolile contractate în special în sezonul rece, cît şi dificultăţile terapeutice întîmpinate în combaterea lor. În eşalonul următor de apărare antimicrobiană intervin şi celule provenite din sînge, ca monocitele şi polinuclearele neutrofile, care au posibilitatea de a se deplasa şi neutraliza diferiţi corpi străini, sau plasmocitele, cu capacitatea lor de a contribui la edificarea imunoglobulinelor A şi G, cantonate predominant în segmentele distale ale arborelui bronşic.

— **Cilii vibratili,** prelungiri caracteristice ale unor celule din mucoasa bronşică, dispuşi ca firele dintr-o perie, avînd o structură particulară, care le conferă potenţial contractil ritmic şi permanent de jos în sus, acţionează mecanic, realizînd deplasarea spre faringe, ca pe o bandă rulantă, a stratului de mucus. Unele produse toxice din atmosferă, dar mai ales fumul de tutun, influenţează direct mişcarea cililor, pe care o pot reduce sau chiar paraliza ; în acelaşi timp mucusul devenit mai abundent şi mai vîscos îşi diminuează viteza de deplasare, situaţie ce prelungeşte timpul de staţionare al dăunătorilor în căile aeriene. Modificările cauzate de inhibarea mişcării cililor şi creşterea prin iritaţie persistentă a secreţiei de mucus, scăzînd activitatea mecanismului de curăţire, de epurare mucociliară, creează condiţii favorabile apariţiei unor afecţiuni bronhopulmonare şi, în primul rînd, a bronşitei cu tuse frecventă, expectoraţie abundentă şi greutate în respiraţie, datorită obstrucţiei bronşice.



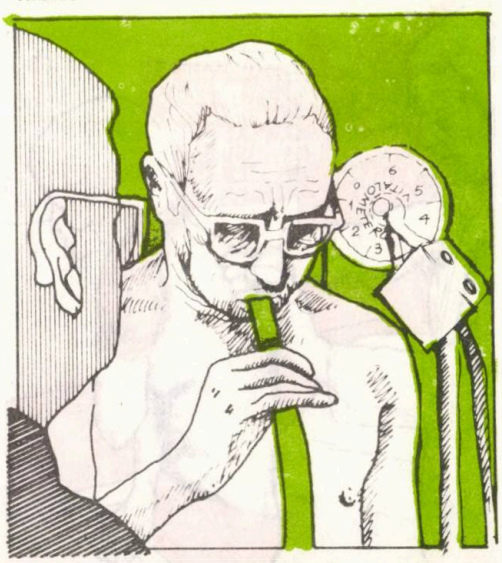
— **Macrofagele,** denumite şi **fagocite,** datorită rolului de captare şi anihilare a celor mai mici elemente ajunse odată cu aerul în alveolele pulmonare, provin din monocite, celule care circulă în capilarele din teritoriul respectiv. Important de menţionat este constatarea că în timp ce particulele de peste 8 microni sînt reţinute, ca pe un filtru, de fosele nazale, iar cele între 2—8 microni sînt fixate de mucusul bronşic, macrofagele adaptate funcţional organului în care se află încorporează în interiorul lor şi împiedică acţiunea nocivă a fragmentelor cu dimensiuni mai mici de 2 microni. Dacă în stare normală numărul macrofagelor este foarte mic, nedepăşind cîteva celule într-o alveolă, aceasta poate găzdui şi peste 1 000, cînd contaminarea devine intensă, solicitînd puternic reacţia de apărare locală, aşa cum este descris, de exemplu, riscul crescut de îmbolnăvire prin pulberi, în unele mine în care pînă la 30% din praful inhalat pătrunde în alveole. De subliniat că marele număr de macrofage extrase din bronşii printr-o anumită tehnică de cercetare, lavajul bronhoalveolar, ilustrează larga participare a acestora la sistemul defensiv de protecţie care împiedică constituirea proceselor patologice. Mecanismul de fagocitoză reprezintă răspunsul local la asaltul factorilor aerogeni, iar eliberarea macrofagelor în interiorul alveolelor este favorizată de unele medicamente, cum ar fi eufilina, sau inhibată de altele, ca hidrocortizonul. În ansamblu, acest mijloc de apărare este influenţat de masivitatea şi persistenţa în atmosferă a diferiţilor agenţi poluanţi (fum de tutun, fibre de azbest, pulberi de bioxid de siliciu etc.), infecţioşi (microbi, virusuri, micelii), meteorologici (frig, umezeală), terapeutici (substanţe anestezice, iradiaţii), ca şi de alţi factori, cum sînt consumul de băuturi alcoolice, stările de slăbiciune generală, diabetul, tulburări funcţionale în alte organe (ficat, inimă, rinichi). În ceea ce priveşte gradul de prelucrare al agresorilor recunoscuţi de macrofage ca străini de structura normală a organismului şi

captați în interiorul acestora, trebuie știut că, în timp ce unele bacterii sînt făcute inofensive și distruse de anumiți fermenți, altele sînt numai reținute, dar continuă să se multiplice lent, pentru ca într-o ultimă alternativă acțiunea nefastă a unor particule, ca cele de bioxid de siliciu, prezente în praful inhalat în minele de cărbune, cariere de nisip, fabrici de ciment și ceramică etc., să provoace dezagregarea și moartea acestor apărători, iar în final, manifestarea bolilor din categoria pneumoconiozelor. Numeroase studii și cercetări au demonstrat că persistența factorilor responsabili de agresiunea aerogenă și acumularea intraalveolară a macrofagelor degradate și resturilor celulare au drept consecință transformări locale patologice, cu scoaterea din funcțiune a unor teritorii alveolare care, nemaiparticipînd la schimbul de gaze, determină importante tulburări respiratorii.

— **Surfactantul,** peliculă lichidiană extrem de fină, compusă din diverse substanțe, inclusiv proteine, plasat la suprafața epiteliului alveolar și al bronșiolelor terminale, pe lîngă capacitatea sa de a întreține o tensiune care să înlesnească schimburile gazoase, intervine activ și în procesul de curățire al alveolelor, fie prin eliminarea particulelor vii sau inerte spre căile aeriene, fie punîndu-le în contact cu macrofagele. Dar apărarea proprie a pereților alveolari este asigurată nu numai de însăși structura lor anatomică și de surfactant, ci și de alți produși prezenți în zonă, ca imunoglobulina A_s componentă și a mucusului bronșic, și fermentul (enzima) alfa 1 antitripsina, care, atunci cînd lipsește sau este insuficient cantitativ, favorizează apariția bronșitei și a emfizemului pulmonar. Important de cunoscut este și faptul că pereții alveolari și celulele sale sînt expuși atît acțiunii gazelor toxice și a factorilor exogeni neinfluențați de macrofage, cît și influenței vătămătoare a unor produși endogeni, ca hormoni, grăsimi resorbite din intestin, cataboliți rezultați din funcționarea altor organe etc., vehiculați prin plămîni pe cale sanguină. Este locul să subliniem că, indiferent de drumul parcurs pentru a pătrunde pînă la profunzimea dispozitivului defensiv bronșiolo-alveolar, numerosi factori dintre cei citați, ca și alții dealtfel (polen de flori, mucegai, scame, peri de animale etc.), alcătuind o listă lungă de antigene, dacă nu sînt neutralizați și făcuți inofensivi pot provoca un lanț de alterări și reacții ce constituie suportul unor procese patologice severe, dintre care se detașează **astmul bronșic.**

— Ultima barieră de apărare locală împotriva agresorilor care au depășit toate celelalte obstacole descrise și traversează zone deja lezate din conductele bronșice și/ sau alveole o reprezintă cea **vasculară,** prin celulele peretelui capilarelor ce învelesc ca un manșon spațiile alveolare, sprijinite și de alte elemente figurate, de origine sanguină, aglomerate în țesutul pulmonar perivascular. Dacă și cel mai periferic mijloc de protecție al filtrului bronhopulmonar este trecut, microbii invadează sistemul circulator și, transportați la distanță, pot provoca infecții localizate în diverse organe sau generalizate, **de tip septicemic.**

Din datele relatate rezultă că, pentru a face față factorilor de agresiune din mediul ambiant, natura a înzestrat aparatul bronhopulmonar cu un sistem de apărare complex, specializat și perfecționat, care să-i asigure o bună funcționare, cu răsunet asupra întregului organism. Deși în ultimii 10—15 ani tehnologii avansate au înregistrat progrese remarcabile în evaluarea și precizarea acestor mecanisme, mai sînt încă necunoscute care-și așteaptă rezolvarea. Pînă atunci, ca răspuns la creșterea frecvenței surselor generatoare de poluanți atmosferici din industrie, transporturi, construcții etc., cu potențial iritant, infecțios, alergic, toxic sau cancerigen, autoritățile de resort intervin, după necesități, prin măsuri colective pe termen lung, adaptate locurilor de muncă periclitate. În ceea ce ne privește pe fiecare, conștienți de riscurile mediului înconjurător, cauză a numeroase îmbolnăviri, și de limitele posibilităților proprii de apărare față de agresorii care ne amenință permanent sănătatea, pentru păstrarea cît mai îndelungată și întărirea capacității defensive, este de datoria noastră să contribuim cu tot ce ne stă la îndemînă : renunțarea la fumat și la consumul de băuturi alcoolice, evitarea staționării în încăperi insalubre, aerisirea regulată a locuinței, gimnastică respiratorie și cît mai multă mișcare în aer curat, garanție a unei vieți confortabile.



leac BĂBESC

La dureri de şale,
Năduşeli în foale,
Ai vătămătură
Sau n-ai dinţi în gură,
Te tămăduiesc,
Cu un leac băbesc :

Iei cărbuni de iască,
Părul de pe broască,
Le frămînţi de-a valma
În căuş cît palma.
Pui şi-un vrej de izmă,
Praful de pe cizmă,
Lacrimă de bou
Şi frămînţi din nou.

Mai adaugi încă
Trei furnici de stîncă,
Lapte de tînţar,
Apă, un pahar
Şi din nou pisezi,
Pînă realizezi
Un produs vîscos,
Negru de miros,
Cu care te ungi
Pînă unde-ajungi !
O iei mai întîi
Chiar de la călcîi.
Treci şi de picioare,
Treci de subţioare,
Pînă-ajungi la gură,
Dai şi pe dantură
(care-a mai rămas !) ;
Restul dai pe nas...

De mai simţi durere,
Te ungi şi cu miere
Şi te duci mai bine
Pe lîngă... albine !
Dacă leacul nu se leagă
Şi n-ai sănătatea-ntreagă,
Mergi la... doctor să te dreagă !

D. C. MAZILU

EFICACITATE

— Doctore, de la o vreme, am o tuse-ngrozitoare,
Că ridic, în toiul nopţii, întreg blocul în picioare !
Zice-n cabinet bolnavul şi o ţine într-o tuse,
Ca şi medicul să vadă adevărul celor spuse.
După un consult cu grijă, omul capătă reţetă.
La trei zile însă, bietul, vizita-şi repetă,
Cu o altfel de reţetă şi mai tare să se-aleagă.
Şi aşa o ţine dînsul cam o săptămînă-ntreagă,
Fără vreo ameliorare, parcă ia doar apă chioară.
Auzindu-l cum tuşeşte, un prieten, într-o doară,
Inginer, însă, nu medic, om grozav de inventiv,
Ţine să-l ajute : — Dragă, ia şi tu un purgativ !
Pacientul îl ascultă, iar, după un timp, revine
Tot la doctor, care-ntreabă : — Ei, cum vă simţiţi ? Mai bine,
Sau tuşiţi ca înainte, provocînd în bloc tapaj ?
Celălalt : — Cu purgativul, aş tuşi, dar... n-am curaj ! V. D. POPA

bărbierul AMBROISE PARÉ

părintele chirurgiei moderne

DR. **C. DUMITRACHE**
MEDIC PRIMAR
INSTITUTUL DE ENDOCRINOLOGIE

A început ca ucenic la un bărbier, într-un orăşel de provincie. Părea că toată viaţa nu-i va rămîne nimic altceva de făcut decît să radă bărbile călugărilor şi să aplice lipitori cetăţenilor din cartier.

Dar, la 16 ani, asistă întîmplător la o operaţie făcută de un chirurg ambulant. Acest fapt l-a determinat să plece la Paris şi să intre, tot ca ucenic, la Spitalul „Hotel Dieu", cel mai vechi spital din lume, înfiinţat în anul 660. Aţi citit bine — anul 660 — nu-i greşeală de tipar.

Trei ani a lucrat Paré la „Hotel Dieu", trăind de azi pe mîine. Împins de nevoie, s-a angajat bărbier de trupă în cadrul unei armate gata de plecare în campanie. Atunci a început pentru el o viaţă plină de peripeţii.

Muşcat de un şarpe... aşteaptă moartea...

Rănit, cu fractură de gambă, stă ţintuit la pat peste patru luni ; se tratează singur tot timpul şi se vindecă.

Iată-l bolnav de ciumă... de ciumă, căreia nu-i scapă aproape nimeni. Paré a scăpat.

Între două campanii munceşte neobosit şi ajunge licenţiat în medicină.

Scrie carte după carte, fiecare lucrare a lui revoluţionînd cîte un capitol din chirurgie. Cărţile sînt scrise în limba franceză, căci „sărmana mea tinereţe n-a fost luminată de studiul limbii latine", cum spune Paré.

Ucenicul de bărbier devine căpetenia breslei chirurgilor din Franţa şi chirurgul oficial al Curţii, sub domnia a patru regi.

Breasla chirurgilor era numită „Frăţia sfîntului Cosma" şi avea ca emblemă trei cuţite de aur pe un fond auriu (sfîntul Cosma, un vestit tămăduitor de răni).

24 august 1572. Deasupra Parisului şi a Franţei s-a aşternut sîngeroasa „Noapte a Sfîntului Bartolomeu". În bezna acelei nopţi s-a săvîrşit — din voinţa regelui şi a papei — una din cele mi odioase crime — masacrul hughenoţilor.

Paré era hughenot. Dar Carol al IX-lea, nevoind să-şi piardă chirurgul, a făcut o excepţie unică : l-a ascuns în garderoba personală, ferindu-l de urgie.

Acum 400 de ani, Paré propune şi aplică pentru prima dată hemostaza (oprirea hemoragiei) prin ligatura vaselor sanguine în timpul intervenţiei chirurgicale.

Ce putea fi mai simplu şi totodată mai măreţ ? În loc de foc, fier înroşit sau smoală clocotită, pentru oprirea hemoragiilor, un firicel de aţă !

Aşa începe chirurgia modernă !

Date noi privind GRĂSIMILE ALIMENTARE și ATEROSCLEROZA

CONF. DR. C. DUMITRESCU
CLINICA DE NUTRIȚIE ȘI BOLI METABOLICE, I.M.F. BUCUREȘTI

Ateroscleroza este o boală metabolică care interesează tunica internă a pereților arteriali, ducînd, în timp, la manifestări grave cardiace, cerebrovasculare sau în alte sectoare vasculare, care fac din aceste complicații prima cauză de îmbolnăvire și de mortalitate în lume.

Ateroscleroza nu este o boală a bătrîneții. Evoluția ei se întinde pe o perioadă de 30—40 de ani, fazele inițiale debutînd chiar la nou-născut. Cu toate acestea, ea dă impresia că este consecința vîrstei, deoarece față de alte boli cronice se manifestă — cel mai adesea — la vîrste mai înaintate.

Întrucît manifestările clinice, care sînt expresia modificărilor avansate în diverse sectoare vasculare, apar după o lungă perioadă de evoluție asimptomatică a bolii, prevenirea, ca și tratamentul aterosclerozei, presupun cunoștințe complexe privind cauzele bolii și evoluția în timp a acesteia.

În determinismul aterosclerozei s-a vorbit despre unii factori de risc, cum ar fi : hiperlipemia (creșterea grăsimilor în sînge) și hipercolesterolemia de origine alimentară sau de alte cauze, fumatul, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, obezitatea, sedentarismul, stările de stres, creșterea acidului uric în sînge etc. Asupra unora dintre aceștia, cum ar fi hipertensiunea arterială, fumatul, diabetul zaharat, toate părerile sînt convergente. Discuțiile cele mai numeroase în rîndul specialiștilor se poartă în privința modificărilor grăsimilor circulante. Intervenția lor în instalarea sau în evoluția aterosclerozei este indubitabilă, dar concepțiile asupra modului în care ele intervin sau ponderea pe care o dețin în apariția și dezvoltarea procesului aterogen au suferit importante modificări, mai ales în ultimul deceniu.

Încă din secolul trecut, cercetătorii și-au concentrat atenția asupra importanței grăsimilor, descriind depunerea acestora pe artere. Experimentele făcute pe animale supuse la un regim bogat în colesterol au confirmat rolul grăsimilor în geneza aterosclerozei.

Toate substanțele grase sînt grupate în termenul de „lipide". În parte, ele sînt aduse prin hrana zilnică, iar în parte sînt sintetizate de organism.

În sînge, ele se găsesc sub formă de lipoproteine. Lipoproteinele asigură transportul lipidelor insolubile în apă și ele se compun din colesterol, fosfolipide, trigliceride și o parte proteică.

Studiile epidemiologice și experimentale privind ateroscleroza au fost dominate multe decenii de ideea că grăsimile animale și colesterolul din alimente duc la creșterea colesterolului și a trigliceridelor din sînge și la depunerea ulterioară a acestora în peretele arterial. Apărea clar din aceste studii că reducerea colesterolului seric presupune contracararea evoluției către complicațiile vasculare.

Numeroase cercetări au stabilit o legătură între metabolismul lipidelor (în special al colesterolului) și ateroscleroză. Argumentele principale în favoarea acestei teorii lipidice a aterosclerozei ar fi :

— reproducerea experimentală a aterosclerozei prin ingestie de colesterol ;

— incidența infarctului de miocard și a accidentelor vasculare cerebrale crește paralel cu nivelul colesterolului și al trigliceridelor serice ;

— accidentele vasculare coronariene și cerebrale au loc cu atît mai frecvent cu cît indivizii consumă mai multe grăsimi animale și colesterol ;

— maladiile care se însoțesc de hipercolesterolemie sînt cele în care ateroscleroza este cea mai frecventă și cea mai severă ;

— leziunile aterosclerotice au un conținut crescut de colesterol ;

— lipidele depozitate în peretele vascular sînt similare — cel puțin în parte — cu grăsimile circulante.

Înainte de a discuta măsurile practice care se impun față de cele menționate, trebuie să prezentăm și datele care sînt în contradicție cu teoria lipidică a aterosclerozei :

— există frecvente cazuri de bolnavi cu ateroscleroză avansată și cu complicații vasculare care au valori scăzute ale colesterolului și ale trigliceridelor circulante ;

— există populații care consumă o mare

cantitate de grăsimi și colesterol și au incidență scăzută a aterosclerozei și a accidentelor vasculare consecutive (eschimoșii, păstorii din Somalia etc.) ;

— primele semne de boală (ateroscleroză) apar în copilărie (poate chiar în viața intrauterină) ;

— colesterolul conținut în placa de aterom, la începutul constituirii acesteia, nu este mai crescut decît cel din țesuturile sănătoase învecinate ;

— leziunile aterosclerotice sînt distribuite segmentar ; o boală metabolică adevărată ar trebui să afecteze organismul în întregime ;

— exercițiul fizic adesea crește colesterolul seric, dar pare în aceeași timp să contracareze dezvoltarea aterosclerozei ;

— reducerea prin medicamente a colesterolului seric s-a dovedit a fi, nu rareori, dăunătoare ;

— femeia înainte de menopauză face mult mai rar infarct miocardic, deși are aceleași valori ale colesterolului seric și consumă aceleași alimente ca bărbații ;

— laptele de mamă conține cantități relativ mari de colesterol. Ideea că colesterolul conținut în lapte poate fi dăunător copilului este un non sens din punctul de vedere al evoluției pe scara animală. Laptele este rezultatul unui lung proces evolutiv biochimic la mamifere. A spune că laptele nu este un aliment dietetic este absolut ilogic ;

— omul primitiv a evoluat pornind de la familii de maimuțe și în timpul acestei lungi perioade de evoluție a trăit în special din vînat, adică a trăit cu carne, grăsimi și colesterol. S-a susținut chiar că omul primitiv a trăit mai ales din consumul creierilor și măduvei osoase de la animalele care erau sfîșiate în bucăți de către lei. Așadar, în lunga perioadă de tranziție de la maimuță la om, hrana omului a conținut cantități importante de grăsimi. Grăsimile animale au însoțit permanent hrana zilnică în cursul lungii evoluții de la maimuță la om. Este greu de conceput astfel că aceste alimente, pentru care ne-am adaptat de milenii, ne pot face rău !

— medicația și dieta care reduc colesterolul au fost insuficiente în limitarea sau producerea cardiopatiei ischemice.

Date recente susțin că în leziunile ateromatoase colesterolul este prezent ca o consecință a leziunii și nu ca o cauză a acesteia. Mai mult decît atît, în condiții normale colesterolul din țesuturi este parte integrantă a membranelor celulare, contribuie la formarea lipoproteinelor circulante, este precursorul acizilor biliari și este folosit la sinteza hormonilor suprarenali și sexuali.

Unele cercetări susțin ipoteza că colesterolul este un important factor în procesele reparatorii din organism. Acumularea sa progresivă în leziunile aterosclerotice poate fi privită ca un mecanism protector. Corelația incontestabilă dintre creșterea colesterolului seric și incidența ridicată a infarctului miocardic și al accidentelor vasculare cerebrale nu ne permite să tragem orice concluzie asupra priorității unui factor sau a altuia (leziunea sau colesterolul crescut) și, în final, dacă există o relație cauzală certă. Un colesterol seric crescut în aceste circumstanțe poate fi un răspuns al organismului la nevoia crescută de colesterol pentru procesele reparatorii.

Legat de rolul lipidelor în procesul de ateroscleroză, numeroase cercetări au pus accentul pe natura lipidelor din dietă, întrucît grăsimile alimentare nu se comportă la fel față de colesterol și față de lipidele circulante. Astfel Kinsell, în 1952, a arătat cu regimuri izocalorice, că grăsimile animale, în special untul, cresc colesterolul la animalele de experiență și dezvoltă ateroscleroza, în timp ce grăsimile vegetale acționează în sensul invers. Aceste date au fost susținute și de studiile efectuate la vegetarieni, la care s-au găsit valori scăzute ale colesterolului și absența manifestărilor aterosclerotice.

Studiul uleiurilor vegetale a arătat însă că nu toate grăsimile vegetale au același efect antiaterogen. Uleiul de arahide și uleiul de măsline, bogate în acid oleic, sînt indiferente ca acțiune antiaterogenă, în timp ce uleiul de porumb, soia sau floarea-soarelui sînt mai active din acest punct de vedere, iar grăsimile unor animale marine au acțiune intens antiaterogenă. Toate aceste constatări au transferat interesul asupra opoziției dintre grăsimile animale și vegetale pe opoziția dintre grăsimile saturate și cele nesaturate.

Acizii grași polinesaturați diminuează nivelul colesterolului sanguin și, prin aceasta, frenează sau împiedică apariția și dezvoltarea aterosclerozei. Acești acizi grași nu pot fi sintetizați de către organism, provin din alimentație și sînt esențiali pentru susținerea sănătății și vieții.

Cu toate că acizii grași polinesaturați au efect antiaterogen, folosirea uleiurilor vegetale nu a dus la scăderea aterosclerozei. Un studiu recent demonstrează că în Anglia consumul total de lipide și de unt pe cap de locuitor nu s-a modificat sensibil

în ultimii 70 de ani. În condițiile în care boala coronariană a crescut progresiv, a scăzut proporția de lipide animale, în timp ce consumul de grăsimi vegetale a crescut de patru ori.

Cercetări minuțioase acuză procedeele industriale de prelucrare a uleiurilor vegetale, de a satura acizii grași esențiali (polinesaturați) și, mai mult decît atît, prin hidrogenare s-ar modifica structura stereochimică a acestor acizi grași cu trecerea din forma **cis** în forma izomeră **trans.**

S-a dovedit că acizii grași forma **trans** din grăsimile hidrogenate au o acțiune antagonistă față de acizii grași esențiali restanți, în sensul că ar constitui ei înșiși factori de risc pentru dezvoltarea aterosclerozei.

Deși Keys, în 1970, demonstra că media mortalității prin boala coronariană era pozitiv corelată cu consumul de grăsimi saturate, alte studii nu susțin acest punct de vedere.

Cercetarea a două comunități de călugări care au un mod de viață similar, dar o alimentație deosebită, a demonstrat contrariul. Călugării trapiști, care consumă o proporție mare de grăsimi polinesaturate, au în procent mai mare anomalii electrocardiografice (39%), față de călugării benedictini (28%), care au o dietă „normală".

Keys, în 1979, considera că mortalitatea crescută prin infarct în rîndul japonezilor imigranți în Statele Unite s-ar datora creșterii consumului de grăsimi saturate. În contrast cu această idee, Mc Michael, în același an, a arătat că în rîndul Beduinilor a crescut mortalitatea prin infarct, cînd s-au stabilit din deșert la oraș, deși consumul de grăsimi saturate a scăzut la oraș. Este clar că vorbind de ateroscleroză trebuie să avem în vedere, în afara rației și calității lipidelor ingerate zilnic, și alți factori de risc, cum ar fi factorul genetic, factorii de mediu, stresul, consumul de proteine animale, de zahăr, ca și prezența unor elemente, cum ar fi cromul sau raportul zinc/cupru din alimentație etc.

Cînd, în 1958, Stamler și colaboratorii au formulat teoria nutrițională metabolică a aterosclerozei, au demonstrat că aceasta este o boală metabolică în care modificarea metabolismului colesterolului și lipidelor joacă un rol critic și decisiv, dar nu exclusiv.

Printre multiplii factori de risc citați — hipercolesterolemia, hipertensiunea arterială, fumatul, diabetul, obezitatea, creșterea lipidelor circulante — se menționează și modul de alimentație ca un factor decisiv. În general, în determinismul aterosclerozei este vorba de o alimentație dezechilibrată, cu exces caloric total, cu exces de „calorii goale", grăsimi total crescute, grăsimi saturate, colesterol, zaharuri rafinate, sare. Dar, în prevenirea aterosclerozei modul de alimentație trebuie corelat și cu ceilalți factori de risc, întrucît această acțiune nu este posibilă decît ținînd seama de întregul complex al influențelor dietetice și biologice.

În ceea ce privește lipidele din dietă, se pare că intervenția lor în determinismul aterosclerozei se produce atunci cînd este vorba de o cantitate globală crescută în cadrul unei rații calorice globale excesive.

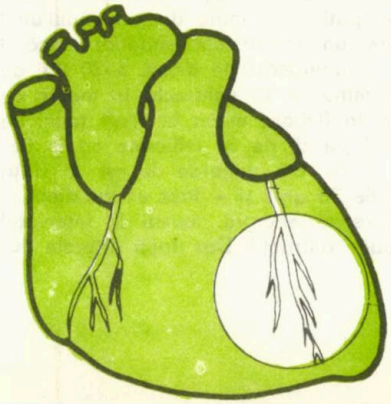
Nu se poate susține că aterosclerozа este o boală nutrițională, produsă exclusiv prin greșeli alimentare. Ea este consecința intervenției unor factori multipli, care țin de ereditate, mod de viață și alimentație, infecții și, în primul rînd, de procesul de uzură vasculară prin stresul mecanic produs în unele zone din interiorul arterelor.

Am prezentat aceste aspecte — uneori contradictorii — pentru a evidenția complexitatea aterosclerozei, numărul mare de factori care intervin sau sînt implicați în apariția ei, pentru a ne da seama că prevenirea acestei afecțiuni nu o putem încadra în niște tipare.

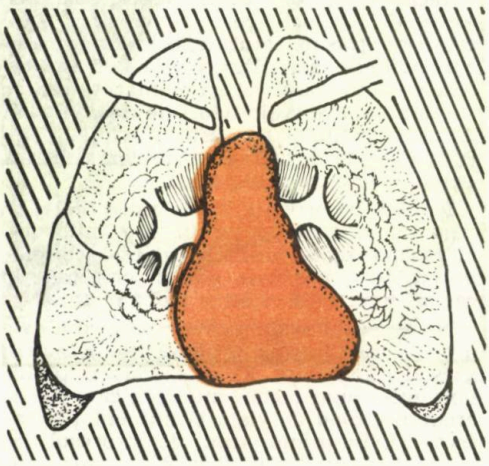
Toate aceste cercetări dovedesc, pe de o parte, că nu putem absolutiza rolul unui factor sau altul în determinarea aterosclerozei, iar pe de altă parte, că trebuie să fim prudenți în a adopta măsuri dietetice, unilaterale. Reducerea exagerată sau excluderea colesterolului din dietă poate duce la efecte negative destul de grave. Unii autori au pus chiar în legătură scăderea colesterolului seric cu creșterea mortalității prin cancer.

Așadar este necesar ca în dieta zilnică să existe un echilibru între grăsimile saturate (unt, untură, slănină, ouă, lapte și derivate) și cele polinesaturate (uleiuri), iar caloriile totale din dietă să nu depășească 30% din valoarea calorică totală zilnică.

Cele mai logice și sănătoase recomandații din punct de vedere nutrițional ar include consumul cu moderație a unei game variate de alimente, fără excese, menținerea greutății corporale normale, precum și o viață activă, care să includă, obligatoriu, exercițiul fizic zilnic.



Arta de a trăi a CORONARIANULUI



O bună stare de sănătate este un drept imprescriptibil al omului. În spirit tradițional, viața omului nu are preț.

Epoca pe care o trăim a fost marcată prin progresele considerabile ale științei și tehnicii, ca și prin importante realizări sociale și economice. Cu toate acestea, informațiile relative la sănătate arată că, pe plan mondial, sîntem departe de soluționarea marilor probleme de sănătate în cadrul cărora — pe primul loc în societățile cu un nivel înalt de dezvoltare — stau bolile cardiovasculare.

Se admite că ateroscleroza poate debuta între 20 și 30 de ani, se agravează progresiv, pentru a deveni practic constantă la 50 de ani și că majoritatea oamenilor decedați după 70 de ani au leziuni arteriale foarte avansate. Cel mai des cunoaștem ateroscleroza doar prin complicațiile ei situate la nivelul arterelor cerebrale, al arterelor inimii (coronare) și al arterelor periferice, respectiv prin existența unor tulburări sau boli denumite *accident vascular cerebral* („atac" cerebral ; „spasm" sau „hemoragie" cerebrală, cu riscul unor sechele importante cum sînt paraliziile), *accident coronarian* (angina de piept sau cardiopatia ischemică dureroasă ; infarctul de miocard etc.) *sau arteriopatii periferice* (arterita aterosclerotică a membrelor inferioare, cu risc de gangrenă și amputație).

Societatea modernă, pe lîngă avantajele și comoditățile pe care le propune, expune la un risc crescut în ceea ce privește bolile cardiovasculare. O statistică cuprinzînd 22 de țări europene arată că 48% din totalul deceselor sînt datorite bolilor cardiovasculare : 10% la oameni sub 35 de ani și peste 60% la cei de peste 55 de ani. S-a constatat, de asemenea, că la fiecare 30 de secunde un european moare prin consecințele unei cardiopatii aterosclerotice.

Industrializarea, urbanizarea, mecanizarea, chimizarea și automatizarea au modificat regimul de viață și de muncă al omului zilelor noastre. Acesta a devenit mai sedentar, cu o solicitare psihoemoțională crescută, cu o alimentație modificată (bogată în hidrocarbonate complexe și grăsimi), cu unele deprinderi dăunătoare (fumatul, consumul de alcool, de cafea). Acești „factori de risc" pentru bolile cardiovasculare se accentuează progresiv. Se creează astfel, încă din tinerețe, condiții pentru dezvoltarea unor procese morbide care se desfășoară lent, insidios, pe parcursul a ani sau decenii, boala devenind, de obicei, manifestă în stadii mai avansate, atunci cînd profilaxia primară nu mai poate fi eficientă.

Rolul mediului în apariția și evoluția bolilor cardiovasculare este din ce în ce mai evident. Mortalitatea și invaliditatea prin boli de inimă nu cresc paralel cu înaintarea în vîrstă, ci cuprind un cerc din ce în ce mai larg de oameni tineri, în plină activitate, „secerînd", ca o adevărată epidemie, oameni de care societatea se dispensează cu dificultate.

Boala coronariană („boala ischemică a miocardului", „cardiopatia ischemică") reprezintă o insuficiență alimentare cu oxigen a mușchiului cardiac. Ea dă diverse stări de suferință denumite, după caz, *angină de piept* („țipătul de foame de oxigen al mușchiului cardiac" = dizarmonia dintre cerere și oferta de oxigen), *sindrom premonitor al infarctului miocardic, infarct acut de miocard, tulburări ale ritmului inimii, sincope cardiace, stări de șoc cardiogen, edem pulmonar acut, moarte subită.*

Este necesar să cunoaștem că inima omului, organ puțin mai mare decît pumnul unui adult, are un randament superior oricărei mașini : ea pompează în artere 5–30 litri de sînge pe minut și se contractă în medie de 70 de ori în fiecare minut al vieții (deci de 100 000 ori pe zi, de 36 milioane ori în fiecare an și de 2,5 miliarde de ori în viața unui om de 70 ani) și — fapt extraordinar — își recuperează energia numai în intervalul dintre două contracții. Dar dacă arterele de-

vin sediul unei ateroscleroze precoce și importante (asemuită cu depunerea de „rugină" în straturi inegale în interiorul unor țevi de calibre diferite) și „pompa" nu mai este în stare perfectă de funcționare, randamentul și performanțele acestui sistem cardiovascular sînt limitate, apar boala, invaliditatea și/sau moartea. Inima va suferi întotdeauna cînd posesorul ei nu o menajează, cînd refuză să aplice măsurile de anulare sau corectare a factorilor vinovați de instalarea bolii coronariene. Chiar din copilărie, supraalimentația cu grăsimi și dulciuri este principala cauză a obezității și procentului ridicat de lipide în sînge. Mai tîrziu, lipsa de exercițiu fizic (sedentarismul), hipertensiunea arterială neglijată, fumatul, supratensiunea nervoasă continuă (stresul negativ prin insatisfacții deseori imaginare), cu lipsa relaxării corespunzătoare (odihnă activă), ritmul accelerat al vieții cotidiene, zgomotul, unele „defecte" metabolice (diabetul zaharat ; hiperlipidemia ; creșterea acidului uric) etc. cresc predispoziția la îmbolnăvire.

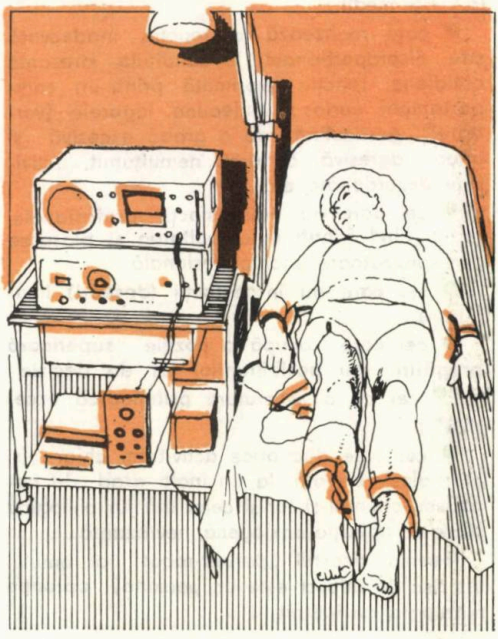
Manifestarea cea mai dramatică a bolii coronariene — *infarctul miocardic* („necroza" miocardică ; „criza" cardiacă) — se datorește întreruperii bruște a fluxului sanguin într-o arteră coronară strîmtorată prin ateroscleroză și (eventual) spasm. Marea durere anginoasă, intensă, prelungită, apărută brutal, în repaus, cu instabilitate în dinamica sîngelui și a ritmului cardiac, sugerează începutul infarctului miocardic acut. Acest accident cardiac brutal și alarmant, neașteptat la un om (aparent) sănătos — sau la un anginos vechi dar stabilizat sub tratament — survine, în general, în mod subit și imprevizibil.

Leziunea caracteristică pentru infarctul miocardic — zona de țesut necrozat — poate fi oprită la timp, prin mijloacele pe care medicina le are oriunde și oricînd la dispoziție. Se creează astfel condiții pentru începutul „reparării" unei mici leziuni, reparație pe care organismul o efectuează prin mijloacele sale, în mod impecabil, în cîteva săptămîni. Spre exemplu, infarctele de dimensiuni mici, necomplicate, corect asistate în primele zeci de ore, încep să fie cicatrizate la sfîrșitul celei de a doua săptămîni, cicatrice „crudă", care mai are nevoie de încă multe săptămîni pentru consolidare definitivă.

Trebuie reținut însă că neîntreruperea la timp a verigilor care alcătuiesc lanțul patologic al infarctului miocardic sporește progresiv și rapid dimensiunea acestuia, scăzînd în aceeași proporție performanțele „pompei" cardiace. Astfel apar în „avalanșă" complicațiile foarte grave, deseori mortale, ale acestei boli.

Trebuie foarte bine înțeles că un infarct miocardic, competent asistat din prima oră (primele ore) de la instalare, poate fi limitat atît în extensiunea sa (la suprafață și în adîncime), cît și în ce privesc complicațiile rezultate din „căderea" pompei sau a apariției tulburărilor de ritm cardiac. Întîrzierea prezentării pacientului într-o unitate specializată pentru asistența coronarienilor creează condiția de extindere a infarctului. Timpul pierdut se recuperează greu în „drama" coronariană, căci extensia necrozei și dereglarea mecanismelor de autoreglare constituie — ele însele — cauze de agravare, de apariție a complicațiilor, cu scăderea progresivă a șanselor de supraviețuire sau de vindecare „fără defect".

Succesul măsurilor de profilaxie a bolii coronariene la tineri, precum și a celor de previzibilitate a accidentului major (infarctul acut de miocard) la indiferent ce vîrstă, începe cu depistarea acelora pe care detectarea „factorilor de risc" îi desemnează drept „candidați" la boala coronariană. Factorii de risc sînt interni sau externi, moșteniți sau cîștigați. Prezența lor la anumite persoane reflectă o predispoziție crescută la constituirea, adesea prematură, a unor boli vasculare în general, a bolii coronariene în special. Combinarea mai multor factori de risc



la același om crește în mod excepțional riscul de a face boala. Însumarea a 3 factori majori de risc – hipertensiunea arterială, dislipidemia, fumatul – mărește riscul de boală de 7–10 ori față de riscul fiecărui factor citat, luat izolat. Cînd factorii de risc sînt asociați, efectele lor *nu se adună, ci se multiplică*. Riscul de a face un infarct miocardic este dublu la obezi, de 4 ori mai mare la bolnavii de diabet și hipertensiune arterială, de 14 ori mai mare la cei care fumează și de 23 de ori mai mare la oamenii care prezintă, în plus, boli vasculare în familie și au modificări electrocardiografice în repaus.

Iată cum s-ar putea contura „portretul" unui om supus riscului de infarct miocardic, deci „portretul-robot" al „candidatului la boala coronariană" :

- om în plină maturitate, de obicei bărbat ;
- hipertensiv (cu valori de cel puțin 140 mmHg pentru maximă și de 95 mmHg pentru minimă) ;
- diabetic (sau cu semne de prediabet ; hiperglicemie) ;
- mare fumător ;
- are valori sanguine crescute de : colesterol, trigliceride, beta-lipoproteine ;
- se supraalimentează sistematic ;
- bea sistematic alcool (diverse băuturi ; peste 100 g alcool/zi) ;
- cu familie care prezintă boli de inimă și vase sau care și-a pierdut unul sau ambii părinți prin moarte subită sau boli vasculare la vîrste medii ;
- care realizează o reacție inadecvată sau disproporționată la condițiile stresante cotidiene, reacție exprimată printr-un comportament curios : totdeauna logoreic (vorbăreț), gesticulînd, de o grabă excesivă și uneori agresivă, certăreț, nemulțumit, activitate dezordonată etc. ;
- cei care au insatisfacții profesionale, reale, fiind frînați în dezvoltarea și plasarea corespunzătoare socioprofesională ;
- cei care au insatisfacții (deseori) imaginare ;
- cei care ocupă o poziție superioară pregătirii sau posibilităților lor de decizie ;
- cei cu o „stimulare psihologică excesivă" ;
- cei care duc orice activitate, chiar (și mai ales) banală, la un înalt grad de paroxism, creîndu-și lor și celor din jur o ilogică stare de agitație anxiogenă, nevrozantă.

Inversul acestui „portret-robot" al omului cu risc de infarct este un personaj aproape mitologic, rar întîlnit :

- om liniștit, blînd, rațional, logic ;
- nefumător (sau fumător cu abstinență de 10 ani) ;
- ponderat în alimentație (cu restricție de alimente grase ; dulciuri „moi" – asocierea de zaharuri cu făinoase ; puțin alcool ; sare redusă) ;
- valori normale (sau bune) ale : colesterolului, lipidelor, glucidelor (nediabetic) și ale tensiunii arteriale ;
- competent pe postul pe care-l ocupă, cu o corectă finalizare a acțiunilor, trăind o .reală satisfacție a lucrului bine îndeplinit ;
- civilizat sau / și cult. efecte ale educației de bază (familie ; școală) și ale autoeducației continue ;
- cu disciplină și corectitudine interioară, educațională, devenite „a doua natură" ;
- care găsește timp pentru tot, inclusiv programul familial și personal, pe lîngă cel socioprofesional, la care „bugetul-timp" poate fi repartizat – în mod echilibrat – în toate compartimentele vieții ;
- care vorbește puțin (și ce trebuie) și gesticulează și mai puțin ;
- are tact, discreție, stăpînire de sine ;
- are respect față de toți ceilalți și tinde la continua perfecționare a raporturilor interumane ;
- care doarme suficient, după „baremul" personal, dar nu mai mult decît norma unui adult (5–8 ore/24 ore) ;
- care cunoaște valoarea unei bune informări privind viața rațională, acceptă sugestiile educației sanitare generale și în special indicațiile referitoare la prevenirea bolilor cardiovasculare.

Cu toate rezervele care trebuie făcute în legătură cu factorii de risc coronarian și cu toate criticile (care sînt inevitabile, fiindcă o profilaxie care vizează combaterea acestora devine incompatibilă cu „plăcerile vieții"), statisticile le-au stabilit suficient vinovăția și nimeni nu le poate contesta valoarea în practica educației sanitare și a medicinii omului sănătos. Există o importanță socială majoră a cunoașterii și aplicării măsurilor de corectare a factorilor de risc coronarian și un mare interes personal de a rămîne (sau a redeveni) sănătos.

Pacientul care a trecut printr-un infarct miocardic va fi supus unei *profilaxii secundare* care va tinde, în esența sa, la evitarea recidivei, prin : renunțarea la obiceiul de a fuma ; tratarea 365 de zile pe an a hipertensiunii arteriale ; controlul diabetului, dacă există ; corectarea dislipidemiei, a hiperuricemiei etc. ; autocontrolul modului de reacție

psihoafectivă ; armonie între cum ne comportăm şi cum sîntem în realitate. Bineînţeles, în perioada restului vieţii, *nimeni* (fostul pacient, familia lui, colegii, medicul, societatea) *nu trebue să ignore sau să uite faptul că pacientul rămîne un coronarian,* că are obligaţia să respecte „regulile jocului", să urmeze tratamentul recomandat şi să se prezinte la controlul medical periodic (dispensarizare pentru cardiopatia ischemică). Chiar şi pentru cei care sînt beneficiarii unei asistenţe coronariene de nivel înalt (căci, să fie clar : infarctul miocardic se tratează *nu la unitatea cea mai apropiată,* ci *la unitatea cea mai specializată,* ca dotare, personal şi doctrină terapeutică !) şi au o evoluţie extrem de favorabilă, pentru cei cărora vindecarea anatomică şi clinică le permite o viaţă normală, *acest normal are semnificaţia aplicării cu stricteţe şi pentru tot restul vieţii a regulilor de bază* pentru supravieţuirea unui coronarian.

„Arta de a trăi a coronarianului" este arta de a trăi igienic, puterea de a ţine sub control riscurile îmbolnăvirii, reconsiderarea modului de a gîndi şi a trăi în toate compartimentele, forţa morală de a abandona ceea ce este demonstrat că are un caracter nociv, că este un agresor al propriei sănătăţi. Este arta de reabilitare psihofizică, mai ales psihică, cu acceptarea acelor măsuri care să permită păstrarea activităţii socio-profesionale („starea existenţei umane") timp cît mai îndelungat, în propriul interes al sănătăţii.

Reabilitarea psihofizică a omului care a făcut un infarct miocardic este nu numai cu totul posibilă, dar şi imperios necesară pentru menţinerea acelui echilibru biologic şi psihic apt să intre în măsurile de prevenire ale unui alt accident coronarian.

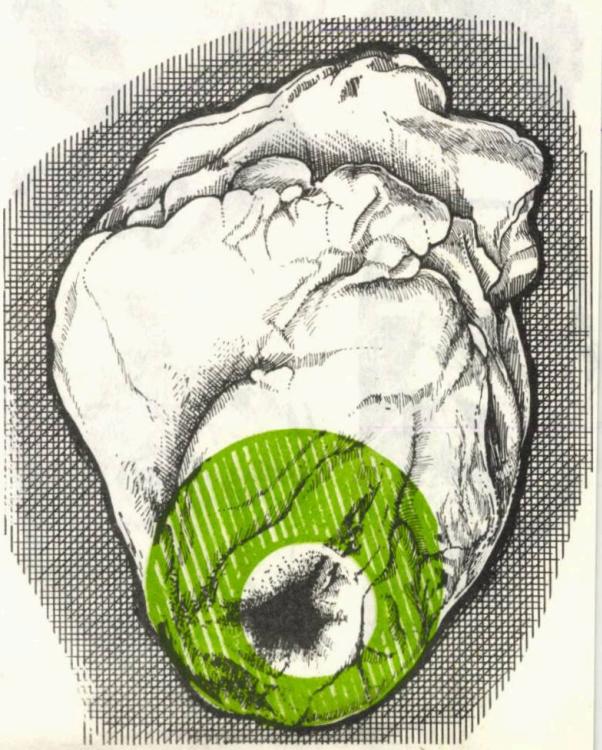
Prevenirea infarctului miocardic pentru contemporanii noştri nu mai este o iluzie sau consolare de circumstanţă, nu mai este o himeră ! Ea nu se limitează, ca pentru cancer, doar la speranţa depistării din timp. Fiind previzibil, depistîndu-se factorii de risc, primejdia de boală coronariană şi, implicit, de infarct miocardic, poate fi îndepărtată prin măsuri adecvate. Nici în cazul declanşării infarctului ştiinţa nu abdică. Medicina încearcă toate mijloacele de salvare a omului în impas şi, mai mult, readucerea lui la o viaţă activă, fructuoasă pentru el şi utilă pentru semenii lui, pentru societate. Un coronarian — mai mult ca alte categorii de bolnavi — trebuie să fie ajutat să-şi regăsească echilibrul, să-şi întrevadă viitorul, să-şi reorganizeze viaţa, să lucreze, să aibe preocupări, activităţi, aspiraţii etc., în limitele *noilor criterii privitoare la reintegrarea sa personală, familială, profesională şi socială.*

După ce a suferit un accident al bolii coronariene orice om este dispus să facă totul pentru a-şi recupera starea de sănătate şi a evita reapariţia suferinţei, *ale cărei dimensiuni reale le-a realizat prin propria experienţă, pe „propria-i inimă" !* Devenind interesat, pacientul devine şi receptiv la educaţia sanitară, *simte nevoia să fie instruit şi ajutat.*

Dar de ce să realizăm pe patul de suferinţă marele adevăr, că *„sănătatea nu este o construcţie individuală", că nu este un dar, ci reprezintă o cucerire dificilă,* ce trebuie făcută sau supravegheată permanent, întreaga viaţă, evitînd boala, dominînd-o, suprimînd-o sau — dacă nu se poate astfel — învăţînd să coexistăm cu boala. Trebuie să ştim că atît resursele organismelor umane cît şi acţiunea armatelor de „oameni în alb" sînt limitate şi că, mai mult decît credem de obicei, *sîntem responsabili de sănătatea inimii noastre,* iar inima va suferi întotdeauna cînd posesorul ei nu o menajează. Lupta împotriva flagelului omului modern — bolile cardiovasculare — ne priveşte pe toţi ! ,

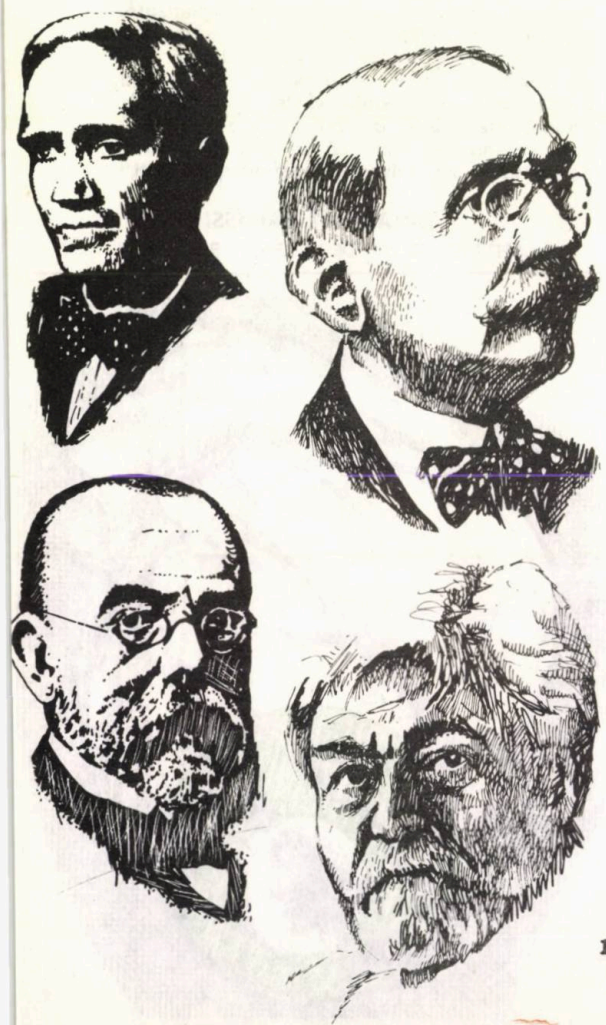
Interesul moral şi material corect înţeles al unei colectivităţi bine informate s-ar putea traduce printr-o *luptă mai bine organizată, capabilă să reducă rapid şi costul şi nocivitatea bolilor de inimă.* Nu este indicată resemnarea în faţa „fatalităţii", considerînd aceste boli ca apanajul vîrstei şi ca o consecinţă inevitabilă a uzurii. Lupta împotriva bolii coronariene îmbracă un caracter social, de masă şi ne priveşte, îndefinitiv, pe toţi !

DR. **ARTHUR KARASSI**
SPITALUL CLINIC DE URGENŢĂ, BUCUREŞTI



Verificați-vă cunoștințele

1. Cine a descoperit penicilina ?
2. Cine a descoperit seroterapia ?
3. Cine a descoperit bacilul tuberculozei ?
4. Cine a făcut prima grefă cardiacă de la om la om ?
5. Cum se numește savantul de origine română care a primit premiul Nobel pentru medicină ?
6. Cine a descoperit eficacitatea DDT-ului ca insecticid de contact ?
7. Cine a descoperit circulația sîngelui ?
8. Cine a descoperit primul antibiotic împotriva tuberculozei, streptomicina ?
9. Cine a descoperit homeopatia ?
10. Cine a fost prima femeie-medic din țara noastră ?



Răspunsuri

1. **Penicilina a fost descoperită de** Alexander Fleming **(Anglia). Proprietățile antibiotice ale culturilor de** Penicillium **le face publice în anul 1929, iar prima penicilină purificată și concentrată o prepară și o folosește în terapia antiinfecțioasă în anul 1942. Pentru această descoperire, A. Fleming, împreună cu colaboratorii săi Ernst Chain și Howard Florey, primește premiul Nobel, în anul 1946.**

2. **Seroterapia sau tratamentul unor boli cu seruri speciale a fost descoperită de savantul român** Victor Babeș. **Împreună cu savantul francez A. V. Cornil, Victor Babeș a tipărit prima bacteriologie din lume, sub titlul „Bacteriile și rolul lor în anatomia și histologia patologică a maladiilor infecțioase".**

3. **Bacilul tuberculozei a fost descoperit de savantul german** Robert Koch **(1843—1910). Mai este cunoscut și sub numele de** bacilul Koch. **Tot Robert Koch a descoperit și bacilul holerei.**

4. **Prima grefă cardiacă de la om la om a fost executată de către dr.** Christian Barnard, **în anul 1967, la 3 decembrie, în Africa de Sud, orașul Capetown.**

5. **Numele savantului de origine română care a primit premiul Nobel pentru medicină, în anul 1974, este** George Palade, **pentru descoperiri în domeniul organizării structurale și funcționale a celulei.**

6. Paul Hermann Müller **(Elveția). A luat premiul Nobel pentru descoperirea sa, în anul 1948.**

7. W. Harvey **(Anglia), în 1615.**

8. **Descoperitorul streptomicinei, primul antibiotic împotriva tuberculozei, se numește** Selman Abraham Waksman **(S.U.A.), care a primit premiul Nobel pentru medicină, în anul 1952.**

9. **Homeopatia, metodă terapeutică ce constă în administrarea de substanțe în doze foarte mici, infinitezimale, care, dacă ar fi administrate unui om sănătos i-ar produce aceleași simptome cu ale bolnavului, a fost descoperită de medicul german** S. Hahnemann **(1755—1843). El a fost și în Transilvania, ca medic al baronului S. Bruckenthal, guvernator al Transilvaniei și consilier al Mariei Tereza.**

10. Maria Cuțarida-Crătunescu **a fost prima femeie-medic din țara noastră și, în același timp, una dintre primele din lume care a obținut doctoratul. S-a născut la Călărași, în 10.II.1857. Doctoratul l-a susținut la Paris, cu teza „Hidroreea și cancerul corpului uterin".**

Dr. **SABIN IVAN**

DE LA VRĂJI LA DROGURI PSIHOTROPE

PAUL ȘTEFĂNESCU

Oamenii, găsindu-se în contact direct cu natura înconjurătoare, au început treptat, după cum era și firesc, să-și însușească pentru nevoile proprii elemente din regnul vegetal, mineral și animal și să le cunoască în toate aspectele lor. În primul rînd, omul primitiv a separat produsele toxice de cele folositoare pentru alimentație ; el se întîlnea la fiecare pas cu diferite afecțiuni și a căutat mereu, în jurul lui, tot ceea ce îi putea alina durerile cînd era bolnav.

Deoarece aveau grijă de soț și de copii, femeile au fost primele care au cunoscut și aplicat plantele cu acțiune terapeutică : frunzele de ceai, frunzele de cacao, boabele de cafea, diferite ierburi și fructe, secara cornută, capsulele de mac, digitala, mătrăguna etc. Cu timpul, numărul acestora s-a mărit, datorită cunoașterii tot mai aprofundate a naturii.

Cunoașterea efectelor plantelor tămăduitoare a intrat curînd în practica șefilor de trib, vracilor și preoților, constituind, cu timpul, un apanaj exclusiv al acestora, căci oferea deținătorilor un monopol asupra unor cunoștințe misterioase în ochii celorlalți și permitea dominarea lor, sub pretextul unor legături cu duhurile și zeii.

Efectele aparte ale unora dintre plante, ce nu-și găsiseră aplicații în alimentație și terapeutică, nu au scăpat atenției vracilor. Nefiind folositoare, oamenii nu le-au dat importanță, mai ales că nici animalele nu le consumau ; ba, mai mult, le ocoleau. Experiențe sporadice s-au adăugat la întîmplări neobișnuite și treptat observațiile, acumulîndu-se unele efecte curioase, s-au impus atenției vrăjitorilor. Efectele erau stranii și se manifestau exclusiv asupra spiritului oamenilor.

În funcție de interesul și scopul urmărit, vrăjitorul fie că îngera el din preparatul respectiv, fie că îl administra celor în cauză. Toate acestea, bineînțeles, însoțite de fastul unor ceremonii într-un cadru cît mai neobișnuit, care să impresioneze în cel mai înalt grad pe cei prezenți.

Care erau efectele acestor plante monopolizate de vraci ? Paralizarea voinței, provocarea de halucinații și stări delirante, catalepsie, viziuni colorate, insensibilitate și o întreagă gamă de manifestări neobișnuite, ce surprindeau prin insolitul (neobișnuitul) lor.

Pentru a conferi un grad cît mai mare de credibilitate în ochii colectivității respective, a legăturilor exclusive cu spiritele — bune și mai ales rele — obținerea preparatelor se făcea astfel încît să se creadă că efectele se datorau exclusiv practicilor magice și nu plantelor în sine. Spre convingere este suficient să deschidem orice carte de magie neagră : între vracii pierduți în noaptea junglei și vrăjitorii Evului Mediu vom remarca, în fond,

diferențe neînsemnate. Întrebîndu-ne asupra efectelor unor asemenea preparate, am enumera cîteva, alese la întîmplare : o alifie pe bază de mandragora, măselariță, mătrăgună și laur servea vrăjitoarelor și vrăjitorilor să se ungă pe corp pentru a participa la Sabat ; elixirul dragostei era în fapt un decoct de nufăr alb, ce produce o stare obsesivă ; kingo este numele unei plante ce servește la prepararea unei băuturi în Africa Centrală, utilizată la paralizia voinței, în vederea obținerii de muncitori pe plantații, care să nu ceară plată și să se supună ordinelor ; amintirea celor mai neînsemnate evenimente și fapte din copilărie era realizată cu o fiertură de Himia Salcifolia (Mexic) ; cu cît doza era mai mare, cu atît amintirea se întindea în spațiu mai mult ; producerea unei veritabile stări hipnotice se obținea cu preparate pe bază de laur, Hamil Hihuite (cactus din Mexic) ; dedublarea personalității era realizată cu extractul unei liane, Banisteria Caapi, din America de Sud ; mugurii de Peyotl (Mexic) absorbiți provoacă viziuni colorate și transformarea sunetelor în imagini etc.

Dar poate unii dintre cititori ar fi dispuși să creadă că arsenalul vracilor aparține trecutului sau, în orice caz, unor triburi pierdute în junglă. Din păcate, faptele dovedesc contrariul. O știre publicată în presă (România Liberă din 12.02.1982 p. 6) relatează despre folosirea veninului de broască rîioasă (ce conține bufotenină, un derivat indolic), cu unele efecte incredibile : paralizarea voinței, transformarea oamenilor în „zombi", cadavre vii și adevărați sclavi pe plantațiile din Haiti.

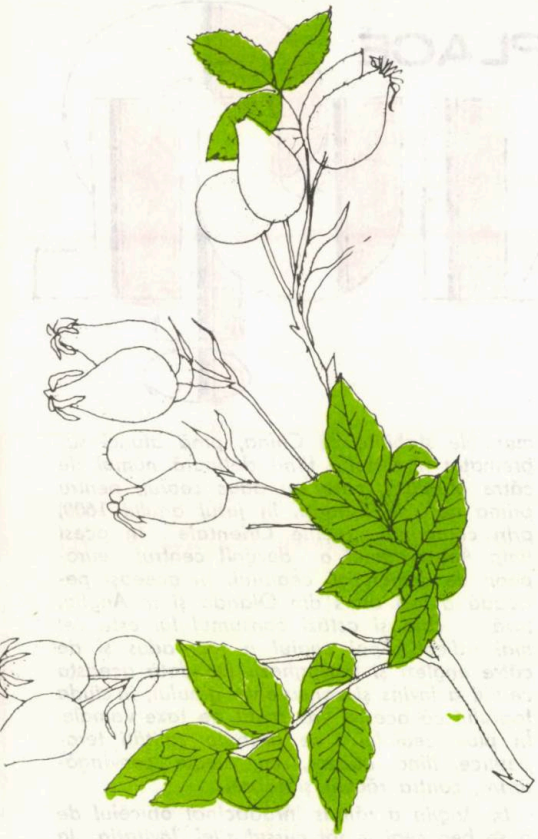
«...Are o privire absentă și mersul rigid. Dar psihiatrul care o tratează este satisfăcut. Francina, revenită acum trei ani din „imperiul lui Zombi", își reia treptat viața obișnuită. Dar nu va mai fi niciodată tînăra harnică, plină de inițiativă, de altădată. Voința și ambițiile ei au fost zdrobite. Se va purta întotdeauna ca un sclav ideal, incapabil să vadă răul și să se răzvrătească.»

Nenorocirea care i-a schimbat viața a venit din senin : într-o bună zi s-a îmbolnăvit și, după toate aparențele, a murit. A fost înmormîntată în toată regula, dar după cîțiva ani a fost descoperită de rude, vie și nevătămată, într-un sat îndepărtat ! Ce se întîmplase ?

Ne explică dr. Lamarque Douyon, psihiatru cu experiență, care anchetează „fenomenul Zombi", de peste 20 de ani. Dosarul lui, devenit foarte voluminos, conține acte de deces, mărturii, declarații ale unor foști „zombi". Documente care atestă că în Haiti se întîmplă uneori ca oameni decedați și înmormîntați să fie descoperiți după luni sau ani în localități rurale îndepărtate sau în ferme izolate. Schema este întotdeauna aceeași, arată dr. Douyon. Cel ce vrea să se răzbune pe o rudă sau să se debaraseze de un rival incomod, apelează la un „bocor" — preot local — care, în afara practicilor religioase, deține monopolul fabricării unei otrăvi conținînd clasicul venin de broască rîioasă. O otravă care contaminează prin contact, provocînd o stare de comă și moartea aparentă. În realitate, otrava nu provoacă moartea, ci o depresiune profundă a unor funcții vitale. Pentru a-și reveni, victima are nevoie de o cantitate extrem de mică de oxigen. O ședere de circa 12 ore într-un sicriu devine salvatoare. În acest moment intră în scenă omul de încredere al „bocor"-ului, care dezgroapă sicriul și ia în primire victima. „Zombi", cum este numit „mortul readus la viață", este dus să muncească în fermele unor secte religioase — așa-numitele „Houmfort" — departe de cei ce l-ar putea recunoaște, sau vîndut unor fermieri particulari.

A fost lung drumul plantelor divinatorii, de la colibele vracilor, la laboratoarele moderne ale farmacologilor și psihiatrilor de astăzi. De fapt, întîmplarea este cea care a deschis căile psihofarmacologiei. Iată, în cîteva cuvinte, despre ce este vorba.

Aprilie 1943. Laboratorul de cercetări al diviziei de farmacologie al societății elveține „Sandoz". Doctorul Hoffmann, unul din principalii cercetători, simți pe neașteptate că-l cuprinde o stare de nervozitate, o neliniște acută, cum nu mai avusese niciodată. Nu mai putea lucra. Simțea nevoia impetuoasă să se ducă acasă, să se culce. Odată culcat în pat, nu-și reveni. Dimpotrivă, căzu într-o stare de deli·, care se



prelungi cîteva ore. A doua zi, simţindu-se mai bine, încercă să-şi amintească toate substanţele cu care lucrase în ajun, pentru a găsi pe aceea care-i provocase strania îmbolnăvire. După toate probabilităţile, era de vină dietilamida acidului lisergic, din care tocmai reuşise să obţină, pentru prima dată, cîteva miligrame, sub formă de cristale. Dar cum absorbise el accidental o cantitate suficient de mare pentru a produce un efect atît de puternic ? Pentru a se convinge de proprietăţile noii substanţe, dr. Hoffmann se hotărî să experimenteze cristalele de acid chiar asupra sa. Prudent, luă o doză foarte mică : 250 de milionimi de gram. Criza care s-a declanşat a fost năucitoare. „Aveam dificultăţi enorme de a putea vorbi curent — a povestit ulterior Hoffmann. — În cîmpul meu vizual subzistau fluctuaţii asemănătoare cu cele pe care le dau oglinzile deformate... Totul era ireal... sunetele se transformau în senzaţii vizuale şi fiecare asemenea sunet provoca o imagine colorată, căreia îi corespundea... Îmi venea să urlu ca un nebun".

În felul acesta, printr-o întîmplare, a luat naştere primul psihomimetic sintetic : L.S.D.-ul.

„La ce sînt bune aceste soiuri noi de substanţe ?" şi-au pus întrebarea oamenii de ştiinţă. În 1961, doctorul Thimoty Leary utilizează experimental, în clinica de psihiatrie de la Harvard University, asupra unor bolnavi cu grave tulburări psihice, o substanţă extrasă dintr-o ciupercă mexicană : psilocibina. Imediat cercetătorii s-au aplecat cu interes asupra tuturor drogurilor şi plantelor despre care se povesteau lucruri incredibile. Sînt inventariate, li se studiază efectele, se procedează la extragerea principiilor active şi la experimentarea lor farmacologică. Aşa a apărut clasa de substanţe a psihomimeticelor, ale căror efecte erau, într-o mare măsură, identice cu unele tulburări psihice grave (de exemplu, schizofrenia). S-a făcut astfel un pas înainte în studierea mecanismului unor maladii mintale şi chiar al tratamentului în anumite cazuri de psihoze, psihonevroze şi frigiditate.

Dacă lista plantelor halucinogene este relativ mică, în schimb cercetătorii au reuşit să sintetizeze, ulterior, un mare număr de substanţe chimice cu efecte din cele mai neobişnuite.

Din plantele folosite de vraci şi vrăjitori în practicile lor magice şi ale căror principii active au fost studiate şi prelucrate de medicină, amintim : Lophophora williamsii, Claviceps purpurea şi o serie de zorele (Ipomoea tricolor) ce conţin L.S.D., Amanita Muscaria (varietatea siberiană : Muchamora), Piper Methysticum şi Betle L, Areca catechu, Psilocybe Mexicana, Catha, Edulis, Huanto sau Datura Arborea, Huasuma, Banisteria Caapi (Yage), Peganum Harmala, Coatlixouhqui Ololiuqui (şarpele verde), Teonanacatl etc. etc.

Iată, deci, cum pornind de la nişte practici vrăjitoreşti s-a ajuns la un capitol modern al farmacologiei, care oferă medicinii perspective încă nebănuite.

VĂ PLACE CEAIUL

Ştiaţi că ceaiul a devenit astăzi cea mai preferată băutură, fiind considerată pe primul loc ? Numai în Europa un om consumă în medie, pe an, 200 de litri de ceai, în timp ce irlandezii ajung la aproximativ 450 de litri ?

Arborele de ceai, numit şi Thea sinensis, *este una dintre plantele cultivate cu cca trei mii de ani în urmă. Primii care l-au cultivat au fost chinezii. Ei l-au folosit la început ca medicament, apoi ca aliment, extinzînd cultura lui, începînd din sec. al VIII-lea, pe întreg teritoriul ţării. Tot ei sînt cei care au făcut o distincţie bine marcată între diferitele sorturi de ceai.*

Europenii au întîlnit această băutură aromată pentru prima oară în India, unde era foarte răspîndită. Astăzi plantaţiile de ceai se întîlnesc pe întinderi mari, în China, India, Ceylon, Japonia, Indonezia, Pakistan, Vietnam etc., producţia cea mai mare aparţinînd Kenyei.

Consumul de ceai în Europa începe, mai intens, după anul 1700, în urma legăturilor comerciale stabilite cu China, pînă atunci supremaţia importului fiind deţinută numai de către olandezi, care au adus ceaiul, pentru prima dată în Europa, în jurul anului 1600, prin compania „Indiile Orientale". În acest timp Amsterdamul a devenit centrul european de comerţ al ceaiului. În aceeaşi perioadă a fost adus din Olanda şi în Anglia, ţară în care şi astăzi consumul lui este cel mai ridicat. Apoi ceaiul a fost adus şi de către englezi şi portughezi. De data aceasta ceaiul a învins şi concurenţa ginului, în ciuda faptului că acesta era scutit de taxe vamale. În plus, ceaiului i se atribuie calităţi terapeutice, fiind utilizat, cu efecte convingătoare, contra răcelii şi febrei.

În Anglia a rămas înrădăcinat obiceiul de a se bea ceai în tot cursul zilei. Invitaţia la „five o'clock", adică „la ora cinci", înseamnă „invitaţie la ceai", care a rămas în obişnuinţă pînă în zilele noastre. Acest lucru dezvăluie faptul că ceaiul este oferit oaspeţilor ca ceva plăcut, relaxant. Englezii obişnuiesc să consume în timpul meselor principale una sau mai multe căni cu ceai, obicei mult apreciat de medici, pentru că o cană cu ceai, după amiază, este foarte utilă organismului.

În Franţa această băutură aromată a fost introdusă abia după anul 1700, atunci cînd i s-au recunoscut şi calităţile sale.

În general europenii s-au obişnuit destul de greu cu ceaiul – pentru că băutura avea un gust şi o aromă aparte – şi mai ales cu felul deosebit de preparare, pe care l-au moştenit. La început băutul ceaiului era însoţit de un mic ritual ; se făcea o infuzie foarte concentrată, iar servirea lui se făcea numai în cupe scumpe, din porţelan chinezesc. Băutul ceaiului din cupe (fără toartă) era în legătură cu temperatura la care trebuia să fie servit, adică aceea care putea să fie suportată de degete.

De remarcat faptul că în acele vremuri ceaiul nu se îndulcea, acesta fiind un obicei relativ recent. Şi la noi, în zona de nord a ţării, există obiceiul de a bea mai multe ceaiuri cu foarte puţin zahăr. Procedeul constă

în a bea ceai fără zahăr, în timp ce bucățica de zahăr, ținută în mînă, se rontăie ușor. Așadar, cu foarte puțin zahăr, se pot bea 2–3 ceaiuri. Prin acest mod de a bea ceaiul se confirmă înțelepciunea proverbului chinezesc că „o fărîmă de zahăr sau o lingură de zahăr au același efect". Dealtfel, pe vremuri, în ceainării, din cauza lipsei de zahăr, se răspîndise obiceiul de a se bea 2–3 căni cu o singură bucată de zahăr.

Ceainăriile au reprezentat locul de întîlnire al scriitorilor și oamenilor de artă și, nu de puține ori, ideea unei opere de artă a pornit de la o ceașcă de ceai fierbinte, băută într-o zi geroasă de iarnă !

Se pare că savoarea ceaiului mai depinde și de pămîntul pe care este cultivat și, mai ales, de sezonul în care se recoltează frunzele. Astfel frunzele culese în timpul primăverii au o aromă mai accentuată decît cele culese în celelalte sezoane. De asemenea, în funcție de prepararea frunzelor de ceai, în vederea comercializării, se obțin diferite varietăți de ceai, ca de pildă : verde, negru, roșu, galben.

Japonezii, care au învățat de la chinezi cultivarea arboretului de ceai, au obținut din frunzele verzi o pudră care, dizolvată în apă clocotită, se folosește cu ocazia ceremoniei ceaiului (chano-yu). Obiceiul de a bea ceai a cuprins toată China și Japonia, cu mulți ani în urmă, cucerind, în final, tot Extremul Orient. Nu de mult timp, de pildă, ziarele au menționat că un pescar japonez, Shigechiyo Izumi, care a împlinit în 1983 venerabila vîrstă de 118 ani, fiind într-o stare de sănătate deosebit de bună, a spus – la unul din interviurile luate – că băutura lui preferată este mereu ceaiul ! Ceaiul s-a extins apoi și în Rusia Asiatică, după care, trecînd în Rusia Europeană, a devenit o băutură tradițională. De asemenea, în țările islamice ceaiul a fost primit cu simpatie, iar în Maroc, unde a fost adus de englezi în secolul al XVIII-lea, a devenit băutura națională, concurînd cafeaua. Astăzi călătorul care trece prin Istambul nu poate să nu remarce multitudinea vînzătorilor ambulanți care-și strigă marfa, cu : „Ceai-lá, ceai-lá !" Ei oferă într-un păhărel minuscul băutura fierbinte, foarte concentrată și deosebit de aromată.

Ceaiul de calitate superioară se obține prin prelucrarea frunzelor culese la început, cînd sînt tinere și mici. După culegerea frunzelor, există două tipuri de prelucrare a acestora, care produc cele două sorturi de ceai mai cunoscute : verde și negru. Ceaiul verde se obține din frunzele culese și uscate la o anumită temperatură. În schimb ceaiul

negru se obține din frunzele verzi culese și supuse unei fermentații lejere, după care sînt uscate și răsucite.

Odată cu creșterea consumului de ceai s-a trecut, de la recoltatul frunzelor de pe arbuștii răzleți, unde creșteau în stare naturală, la amenajarea de mari plantații. Cultivarea ceaiului pe întinderi mari necesită și o bună organizare a culesului frunzelor, pentru a fi făcut în timp util. Pămîntul pe care se fac plantațiile trebuie pregătit în mod special cînd se însămînțează. Arboretul trebuie periodic tuns, ca să aibă talie mică, cu multe ramuri tinere și ușor de cules.

Pe lîngă tanin și cofeină, substanțe binecunoscute și care au un rol determinant în organism, ceaiul mai conține și multe alte substanțe. Dintre acestea amintim numai o parte : teofilina, teina, teobromina, uleiurile eterice, substanțele aromate etc., precum și o serie de vitamine ca :A, B_1, B_2, C, PP, și K. Cantitatea de vitamină C diferă în funcție de sortul de ceai. Datorită prelucrării

ceaiului, o parte din aceasta este distrusă. Așa, de pildă, ceaiul negru, care a fost supus fermentației, are de zece ori mai scăzută cantitatea de vitamină C decît ceaiul verde.

Iată și cîteva din „secretele" preparării ceaiului.

În primul rînd păstrarea lui trebuie făcută în cutii de porțelan, sticlă sau metal. Numai astfel calitățile sale pot fi păstrate nealterate. Este bine de știut că ceaiul nu trebuie lăsat să fiarbă (se face numai o infuzie), deoarece ar putea să capete un gust dezagreabil, pierzîndu-și aroma atît de mult apreciată. De asemenea, apa clocotită care se toarnă peste el în ceainic trebuie numai să-l acopere, iar ceainicul este indicat să aibă deasupra un capac, pentru a nu lăsa să se piardă aroma. Nu se recomandă ca ceaiul să fie prea concentrat, deoarece devine un excitant al tubului digestiv. Din contră, un ceai concentrat este binevenit în cazul unei hiposecreții gastrice.

Ceaiul este cunoscut ca purtătorul unei însemnate cantități de fluor (100 grame substanță uscată conține 6–35 mg). Se știe că fluorul este foarte important pentru dantură, întrucît protejează smaltul, deci îi mărește, într-un anumit fel, rezistența la carii. Ceaiul mai conține și tanin (12–15%, substanță cu efect astringent), ca și o cantitate suficient de mare de cofeină. Cu cît culoarea ceaiului este mai închisă, cu atît conținutul în substanțe tanante este mai ridicat. Datorită faptului că taninul are acțiune astringentă, nu se recomandă ca la preparare contactul dintre ceai și apa fierbinte să depășească două-trei minute. Trebuie reținut faptul că abuzul de ceai (și în special concentrat) poate da stări de intoxicații numite teism, care provoacă insomnii, stare de agitație, inapetență etc. Cofeina face ca ceaiul să aibă un efect stimulant asupra sistemului nervos central. De aceea nu se recomandă să fie băut înainte de culcare sau de către suferinzi de boli cardiovasculare. Printre calitățile lui medicale amintim și pe aceea de bun diuretic.

De subliniat este faptul că aroma atît de plăcută a ceaiului este mai accentuată dacă acesta se bea cald. Consumarea ceaiului cald în timpul mesei prezintă două avantaje: ajută digestia (prin vasodilatație) și poate înlocui băuturile alcoolice ; evident, în acest caz, este preferabil să fie băut fără zahăr. Se recomandă cu precădere ca în timpul dejunului să fie înlocuită treptat băutura alcoolică cu un ceai aromat, bine preparat. În același scop se pot folosi și alte plante medicinale, în funcție de predispoziția sau suferința individului. În plus, nu trebuie neglijată calitatea deosebită a ceaiului cald, care l-a făcut să fie atît de consumat și vara, în timpul marilor călduri. Iată de ce : se știe că 500 mililitri de apă caldă la 40 de grade nu rămîne în stomac decît 7–8 minute, iar intestinul o absoarbe în 15 minute, în timp ce apa rece stă în stomac 15 minute, iar intenstinul o absoarbe în 30 de minute. În acest caz este clar că numai apa caldă accelerează rehidratarea și ajută dispariția setei chinuitoare. Deci, ceaiul cald ajută ca organismul să-și revină din senzația de slăbiciune – datorită deshidratării – numai în 7–8 minute.

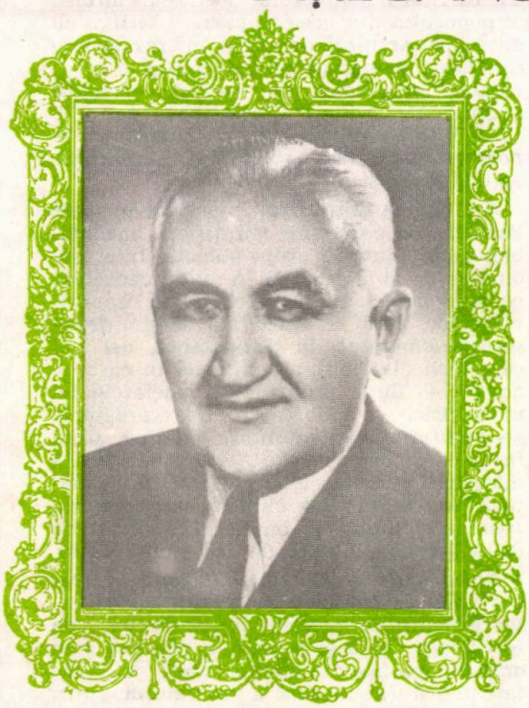
Astăzi este răspîndit în vorbirea curentă cuvîntul CEAI, prin care se înțelege orice infuzie din plante medicinale. În realitate ar trebui numită CEAI numai băutura preparată din planta exotică amintită.

Ca încheiere ținem să subliniem o măsură binevenită, aceea de a se redeschide ceainăriile, localuri cu tradiție, care de cîtva timp dispăruseră nejustificat din rețeaua comercială.

ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR
SPECIALISTĂ ÎN NUTRIȚIE ȘI DIETETICĂ

Centenarul a doi eminenţi reprezentanţi:

prof. IULIU HAŢIEGANU şi prof. TITU VASILIU



MOTTO :

Este mai uşor să scrii
despre zei decît despre oameni.
PLATON

Anul 1885 a fost, pentru medicina românească, un an norocos. Referindu-ne la corifeii care au constituit „generaţia de aur" a vestitei şcoli medicale româneşti creată la Cluj, după 1918 — anul împlinirilor româneşti —, amintim că doi dintre ei, fiecare creator de şcoală medicală în propriile domenii de activitate, s-au născut în anul 1885 : Iuliu Haţieganu şi Titu Vasiliu.

IULIU HAŢIEGANU

A fost primul profesor de clinică medicală şi primul decan al Facultăţii de Medicină românească din Cluj, iar în două legislaturi, *„Magnificus rector"*. Om de mare omenie, talentat dascăl, medic vestit, patriot înflăcărat, duşman al şovinismului, educator în cel mai larg înţeles, autor, împreună cu I. Goia, al vestitului *Tratat elementar de semiologie şi patologie medicală*. A fost în vremea sa — şi continuă să fie şi astăzi, — un exemplu şi o sursă inepuizabilă de inspiraţie, de cercetare ştiinţifică, de dăruire şi de angajare. Este un tezaur de tradiţie clinică, ştiinţifică şi umanistă. A avut o minte clară şi o inimă caldă, de medic. A fost un precursor în medicină, un vizionar, un întemeietor şi şef de şcoală medicală, o personalitate fascinantă pentru toţi. A fost supranumit: „Hipocrate al românilor", un „titan", un „mare maestru clinician", un „patriarh al medicinii transilvane", o „figură prometeică", un „mag", un „vizionar", o „uriaşă conştiinţă", un „gigant al medicinii româneşti"... Era dotat cu o linişte calmă, transilvană, monumentalitate, bonomie şi omenie românească.

VIAŢA ŞI ACTIVITATEA

Despre I. Haţieganu s-a scris deja mult: broşuri, teze de dizertaţie, articole, momente şi evocări. S-ar putea scrie volume întregi şi este cert că se vor scrie. Maestrul

și faptele sale au trecut demult în legendă ; ele au fost scrise în cartea de aur a neamului, ca pilde pentru noi și urmașii noștri. Încercăm să schițăm doar figura marelui nostru înaintaș.

S-a născut la 14 aprilie 1885, în satul Dîrja — comuna Panticeu — de pe Valea Someșului, dintr-o familie descinsă din Munții Apuseni și stabilită ulterior în comuna Cojocna, de lîngă Cluj. Este al cincilea băiat dintr-o familie de preot cu 13 copii. Școala elementară, începută în Cojocna, a continuat-o la Cluj, apoi urmează liceul din Blaj. Se înscrie la Facultatea de Medicină a Universității din Cluj și devine doctor în medicină în anul 1910. Încă din perioada de student este remarcat de către unul dintre cei mai eminenți profesori ai acestei facultăți, internistul Zsigmond Puryesz, căruia îi devine asistent și apropiat colaborator.

Acel „blitz diagnostic" despre care s-a vorbit atîta — ce în fond semnifică vaste cunoștințe, experiență bogată, observație atentă, spirit sintetic și inteligență ascuțită — l-a văzut I. Hațieganu prima dată la profesorul Zs. Puryesz și, ajungînd el însuși mare medic și profesor, l-a folosit din plin în bogata sa activitate. Se spune că în 1915 profesorul Zs. Puryesz ar fi lăsat în scris — strict secret — că, indiferent de împrejurări, urmașul său de drept nu poate fi altul decît Iuliu Hațieganu.

În formarea sa medicală I. Hațieganu a mai „cunoscut", în afară de Zs. Puryesz, încă doi maeștri : pe Hipocrate și pe Louis Pasteur. De la primul a învățat umanismul — „Cine este plin de iubirea aproapelui acela are adevărată dragoste pentru arta de a vindeca", — iar de la al doilea, patriotismul — „Știința n-are patrie, dar omul de știință are una și trebuie să asociem întotdeauna măreția științei cu măreția patriei".

În anii 1910—1918 se afirmă în mod cu totul deosebit, iar în 1918, anul Marii Uniri, îl aflăm în plină maturitate profesională. El a condus delegația medicilor și studenților în medicină români din Cluj, la Marea Adunare Națională din 1 Decembrie 1918, la Alba Iulia.

La vîrsta de 33 de ani este numit profesor de clinică medicală la această Universitate și devine primul decan al facultății (1919—1920), întemeietor al învățămîntului medical românesc din Cluj și unul dintre principalii însărcinați de către Consiliul dirigent cu organizarea și alegerea viitorilor membri ai corpului didactic la Facultatea de Medicină. Subliniem neasemuita sa activitate închinată formării școlii medicale românești din Cluj și creării prestigiului medicinii în general și, în special, a medicinii interne românești, în țară și peste hotare.

Împreună cu pleiada de tineri profesori de atunci a acționat pentru ca la 1 februarie 1920 să apară primul număr al revistei medicale românești din Transilvania : „Clujul Medical". Ani întregi i-a dăruit ridicării nivelului social și cultural al poporului din această parte a țării și cu deosebire acțiunii de mare interes pentru sănătatea trupească și sufletească a tineretului, mai ales în cadrul societății „Astra" și „Șoimii Carpaților".

Activitatea profesorului I. Hațieganu se poate împărți în : științifică, didactică, spitalicească și social-obștească.

Activitatea științifică. A activat în toate genurile de cercetare științifică medico-biologică ce aveau drept obiectiv interesul omului și al societății. A avut deosebită considerație pentru cercetătorul experimentator, fără ca niciodată să-și depășească domeniul de competență, cel al cercetării clinice, iar instituției în care a activat — după propriile și repetatele lui mărturisiri — a dorit să-i dea caracterul de *institut clinic*, orientare pe care și-au însușit-o și urmașii săi. A ridicat la înaltă măiestrie cercetarea clinică, a cărei metodă este observația clinică, experimentul spontan petrecut la om și recepționat cu deosebită competență de către observator.

Acolo unde *profilaxia* se rezuma în trecut aproape exclusiv la măsuri cu caracter general, de creștere a rezistenței, de fortificare fizică și morală, *a răspuns prin acțiuni practice :* întărirea stării de sănătate fizică și morală a tineretului prin educație fizică.

În ziua de 7 noiembrie 1919 profesorul I. Hațieganu a deschis cursurile de învățămînt medical românesc în Clinica Medicală I din Cluj, cu tema : Problema icterului cataral.

În decursul anilor l-au preocupat diferite teme, între care amintim : *suferințele postapendicectomie, dispepsiile interdigestive ; sindromul dispeptic polivalent ; sifilisul visceral ; endocardita lentă ; sindromul pulmonaro-cardiac (denumit ulterior insuficiența pulmonaro-cardiacă) ; suferințele stomacului operat și ale căilor biliare operate ; staza duodenală ; neurozele cu manifestări viscerovegetative ș.a.*

Subliniem activitatea sa de animator al sportului universitar, concretizată prin înființarea Parcului sportiv pentru tineri și studenți din Cluj, a cărui deviză era un vechi precept antic : *„Propatria est ludere, dum viderum"* („Se pare că ne jucăm, însă ne pregătim pentru a servi patria"), modernizîndu-l prin aceea că pretindea ca „drumul la stadion trebuie să treacă prin cabinetul medicului".

Activitatea didactică a profesorului Iuliu Haţieganu a fost copleşitoare. Amintim doar *Tratatul elementar de semiologie şi patologie medicală.* Ca primul decan al Facultăţii de Medicină, ca „Marele rector" în două legislaturi, a avut ocazia să-şi dezvolte şi să-şi pună în aplicare ideile sale progresiste privitoare la rolul Universităţii, despre care spunea : *„Prin Universitate trebuie să înţelegem cea mai înaltă instituţie de cercetare a adevărului, de răspîndirea frumosului, de pregătirea elitei conducătoare şi de îndrumarea poporului ascultător şi doritor de lumină".*

Ca didact era dotat cu un veritabil simţ artistic, reuşind să demonstreze studenţilor şi medicilor anumite particularităţi ale bolnavilor. Astfel imita cu deosebit talent tusea din stenoza mitrală, pe cea din bronşita cronică tabagică, din cordul pulmonar cronic sau din cancerul bronhopulmonar. Imita mersul bolnavilor cu spondilită anchilopoietică, diferenţiindu-l de cel al bolnavilor cu artroze coxofemurale sau discopatii lombare. La fel imita caracteristicile vocii bolnavilor cu accidente vasculare cerebrale, astm bronşic, cenestopatii histeriforme, lues visceral etc. Insista mult pentru observarea aspectului părului de pe capul bolnavilor, descriind aspectul de „păr ros ca de molii" din sindromul nefrotic. L-a preocupat felul cum dorm şi cum mor bolnavii.

El a fost un remarcabil maestru creator de şcoală medicală, cu doctrină şi adepţi, prin puterea de cuprindere a întregului, prin posibilitatea de apreciere şi puterea de sinteză, prin frămîntarea lui creatoare. Cel mai valoros, din prima şcoală clujană, profesorul Iuliu Haţieganu a respectat concepţia lui Oswald cu privire la conduita de profesor-maestru, prin aceea că a lăsat să se înalţe, alături de el, elevi capabili şi demni pentru a ocupa locul maestrului sau altele similare. La umbra şi sub protecţia maestrului-profesor Iuliu Haţieganu s-au înălţat treptat elevii săi, din care 4 au devenit membri ai Academiei R. S. România, iar 18 au ajuns conferenţiari şi profesori. Menţionăm pe Ion Goia, Tiberiu Spârchez, Ion Gavrilă, Leon Daniello, Aurel Moga, Octavian Fodor, Viorel Gligore, Ştefan Hărăguş, Alexandru Ciplea, Aron Faur, Paul Surianu, Vasile Cosma şi alţii, de valoare profesională sensibil egală, confirmînd încă o dată adevărul că „valoarea maeştrilor stă în valoarea elevilor lor".

El şi-a creat şi promovat un mod de gîndire propriu, de tip eclectic, rezultat din tot ce era mai actual pe plan mondial în epoca respectivă. A fost omul timpului în care a trăit. Întotdeauna s-a situat în fruntea şcolii medicale clujene, pe care a influenţat-o în sens pozitiv.

Activitatea spitalicească, în clinică, a fost marea pasiune a acestui mare medic. Împreună cu profesorul I. Goia a ridicat activitatea clinică la patul bolnavului la rangul de cercetare clinică. El a pledat pentru „clinica mare" — cu 300 de paturi —, care dă posibilitatea de a observa nenumărate cazuri. Acorda deosebită atenţie consultaţiilor gratuite de la nivelul ambulatoriului clinicilor, unde se puteau examina zilnic 80—100 de bolnavi, chiar de către medicii clinicilor înşişi, care desfăşurau, prin rotaţie, activitate în ambulatoriu. Ei selecţionau cazurile interesante pentru clinică, în raport şi cu nevoile didactice din etapa respectivă şi introducerea studenţilor în practica medicală. L-am auzit de multe ori spunînd că oamenii muncii, ţăranii şi muncitorii, ofereau o patologie mai bogată şi mai clasică, ceea ce se preta mai bine la activitatea didactică şi, în acest scop, aceştia erau internaţi preferenţial.

Activitatea social-obştească a fost copleşitoare pentru vremea în care a trăit. Ea a cuprins aproape toate aspectele vieţii, depăşind cu mult zidurile Universităţii. Ne referim la activitatea sa privitoare la : „Extensiunea universitară", „Astra" şi „Şoimii Carpaţilor", pentru a numi numai pe cele mai bine cunoscute. A creat asociaţia „Prietenii Universităţii", a fost şeful sectorului „Educaţia fizică universitară". A creat un Oficiu Universitar. A înfiinţat revista „Viaţa Universitară", care în anul 1941 a apărut în opt numere.

A ţinut o serie de conferinţe privitoare la igiena universitară, iar discursul ţinut în calitate de rector al Universităţii, în anul 1930—1931 — rostit în prezenţa familiei regale — a avut o temă de igienă, cu prilejul căreia a abordat o serie de aspecte medico-sociale ale vremii, ca : tuberculoza, sifilisul şi celelalte boli venerice, alcoolismul, tabagismul, igiena individuală şi colectivă etc.

A sesizat necesitatea educaţiei sanitare sistematice şi practice, care să înceapă cu învăţarea celor mai elementare măsuri de igienă : spălarea mîinilor înainte de fiecare masă, respectarea normelor de igienă individuală şi colectivă, folosirea corectă a WC-ului etc.

Profesorul Iuliu Haţieganu a fost cunoscut şi apreciat de marii clinicieni ai epocii respective, ca : L. Bernard, Marcel Labbé şi, cu deosebire, Émile Sergent, care a spus despre el că a fost „cea mai complexă personalitate medicală a Europei din acea vreme".

Viaţa sa înflăcărată s-a stins brusc, în plină activitate, la 4 septembrie 1959. A fost plîns îndelung de către o mare mul-

ţime îndurerată, care l-a condus, suspinînd, la locul de veşnică odihnă. Mormîntul său din Cimitirul central din Cluj-Napoca este un loc de pelerinaj care continuă şi azi. Pe lespedea de piatră stă scris:

IULIU HATIEGANU
MEDIC
A luptat pentru sănătatea poporului

TITU VASILIU

Profesor de anatomie patologică umană, creator de şcoală de anatomie patologică la Facultatea de Medicină românească din Cluj, elevul şi urmaşul savantului Victor Babeş la această catedră. Autorul primului *Tratat de patologie clinică şi anatomie patologică* din ţara noastră. Om de vastă cultură muzicală. Promotor al activităţii sportive în rîndurile studenţilor şi a tinerilor medici. Fost decan al Facultăţii de Medicină şi Farmacie în anul şcolar 1926—1927 şi prodecan în 1927—1928.

VIAŢA ŞI ACTIVITATEA

Titu Vasiliu s-a născut la 3 mai 1885, în comuna Hîrlău, jud. Botoşani. Se trăgea din familia Balş, vechi boieri moldoveni. A absolvit liceul „Mihai Viteazul" şi apoi Facultatea de Medicină din Bucureşti, unde a studiat sub îndrumarea profesorilor Victor Babeş şi I. Nanu-Muscel, la Clinica III Medicală, sub îndrumarea cărora a lucrat în calitate de asistent şi apoi şef de lucrări. A avut deci o formaţie de bază de clinician-internist şi paralel anatomopatolog, fapt ce s-a răsfrînt, în mod pozitiv, în întreaga sa activitate de mai tîrziu. În războiul din 1916—1918 a activat în calitate de căpitan medic.

În anul 1919 a fost chemat la Cluj ca profesor agregat, pe lîngă fostul său maestru prof. Victor Babeş, la Catedra de Anatomie Patologică, a cărei conducere a preluat-o efectiv în anul 1920. La 1 ianuarie 1923 a fost numit profesor titular, activînd cu înaltă dăruire şi competenţă, pînă în anul 1947, cînd s-a pensionat.

Activitatea didactică, de cercetare şi social-culturală

Activitatea didactică a fost marcată de concepţia sa anatomoclinică, respectiv de confruntarea anatomoclinică. Încă în 1923 a publicat *Tratatul de patologie clinică şi anatomie patologică*, de largă necesitate şi utilitate pentru studenţi şi medici, indiferent de specialitatea în care lucrau, care s-a tipărit în mai multe ediţii. În 1939 a publicat manualul *Anatomie patologică clinică*, reeditat în 1942 şi 1946/1947, în care a acordat un mare rol autopsiei ce reprezenta, în concepţia lui, continuarea examinării clinice *postmortem* şi care implica toate explorările clinice şi paraclinice efectuate *intravitam* şi prin care se tindea la stabilirea diagnosticului de „boală", de cadru nosologic. Cursurile sale erau pline de idei novatoare, care se revărsau, din abundenţă, de la catedră în sala de curs.

Lucrările practice puneau accent deosebit pe necropsie. Ele erau frecventate cu mult interes de către studenţi.

Profesorul Titu Vasiliu era iubit de studenţi, mai ales de cei harnici. Cei slabi, leneşi şi lipsiţi de imaginaţie promovau foarte greu examenul de Anatomie patologică.

Ca un adevărat maestru Titu Vasiliu a creat Şcoala de anatomie patologică din Cluj, bazată pe legătura dintre clinică şi morfologie, respectiv fiziopatologie, şi pe importanţa confruntărilor datelor anatomoclinice.

Între elevii săi menţionăm anatomopatologi, vestiţi chirurgi şi profesori : Rubin Popa, un adevărat prinţ al gîndirii anatomoclinice, Augustin Mureşan, Crişan Mircioiu, Ion Bilegan, Alexandru Şerban, V. V. Papilian, Valentina Dahnovici, Andrei Vitalyos, Petre Radu, Elisabeta David, Lidia Cucu Cabadoief ş.a.

Activitatea de cercetare s-a concretizat în peste 300 de comunicări şi articole publicate în ţară sau peste hotare, cursuri, tratate şi lucrări monografice, activînd neobosit şi după pensionarea sa din 1947, pînă la sfîrşitul vieţii. Între lucrările sale de concepţie amintim : *Boala canceroasă*, elaborată în colaborare cu elevul şi urmaşul său, prof. Rubin Popa. A adus contribuţii valoroase privitoare la *angeitele reumatismale* (arterite şi flebite). În lucrarea *Bolile şi sindroamele aparatului hemoreticulo-endotelial* (Cluj, 1946) a precizat limitele dintre bolile sîngelui (eritropatii, leucemii şi mielopatii), pe de o parte, şi bolile şi sindroamele aparatului-ţesutului reticulo-histiocitar, pe de altă parte, făcînd distincţie între aceste două sisteme care, deşi *ab origine* au o bază comună — celula mezenchimatoasă fixă nediferenţiată — devin prin evoluţie două individualităţi cito-histo-funcţionale independente, fiecare cu patologia sa proprie. În lucrarea monografică *Tumorile ţesutului reticulo-histiocitar* face un amplu studiu privitor la fiziopatologia, anatomia patologică şi patogeneza bolilor acestui important ţesut, căruia i-a intuit şi un rol metabolic (fapt confirmat după moartea sa).

O mare parte din lucrările sale şi ale colaboratorilor săi au fost comunicate în cadrul revistei „Reuniunea anatomică", înfiinţată din iniţiativa şi cu sprijinul său larg.

Activitatea sa social-culturală s-a efectuat de pe poziţiile de animator ale vie-

Profesorii Titu Vasiliu și Victor Papilian, văzuți de caricaturiștii vremii, Vasiliu în calitate de președinte al Turing-Clubului, iar Papilian, ca director al Operei și Teatrului Național din Cluj.

ții sportive și culturale din Clujul dintre cele două războaie. Titu Vasiliu a fost președinte al Turing-Clubului, iar alături de I. Hațieganu și Victor Papilian a fost unul dintre promotorii activității sportive în rîndul studenților și al tinerilor medici. Iată-l în caricatura alăturată împreună cu profesorul V. Papilian — Vasiliu președinte al Turing-Clubului, iar V. Papilian directorul Operei și Teatrului Național din Cluj.

A avut o vastă cultură muzicală, care l-a apropiat de viața artiștilor, iar prin căsătoria cu renumita artistă Ana Rozsa s-a implicat și mai mult în viața muzicală.

Cunoscător și admirator al operelor muzicale ale lui Richard Wagner și George Enescu, a participat la organizarea programelor concrete ale Filarmonicii din Cluj, înainte de 1940. După al II-lea război mondial a organizat o serie de „seri muzicale", la care invita și studenții în medicină și care au dăinuit pînă la pensionarea sa din 1947. La toate acestea își dădea concursul și soția sa.

Profesorul Titu Vasiliu a închis ochii pentru totdeauna în ziua de 18 august 1961, regretat de toți care l-au cunoscut și, în mod deosebit, de elevii săi, cărora le-a împărtășit cu generozitate bogatele sale idei ce au reprezentat, în vremea emiterii lor, eșaloane importante ale progresului științelor medicale în general și a celor morfologice în special.

Dr. **FLOREA MARIN**
CLUJ-NAPOCA

Specialități... în catrene

Anestezistul

Umblă pe la gene,
Încît, poți să juri,
Pare un moș Ene
Și pentru maturi.

Geriatrul

Fără dresuri, fără creme,
Ci prin altfel de sisteme
Medicale, el, firește,
Pe bătrîni întinerește.

Autopsierul

Cu chirurgul, în esență
Ar vrea frate bun să fie.
Și el taie-n permanență,
Dar... fără anestezie.

Ortopedul

Are rezultate bune
Și rămîne om de bază,
Chiar dacă, așa se spune,
Cu picioarele lucrează.

Oculistul

Îngrijește cu răbdare
Pe bolnavi chiar multe luni,
Ca pe urmă fiecare
Să îl vadă cu ochi buni.

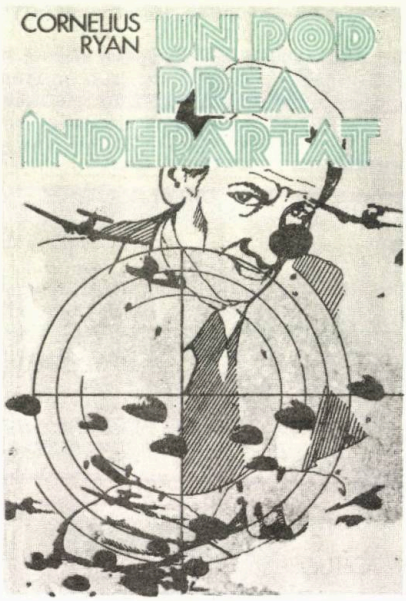
V. D. POPA

GREUTATE

Intră la veterinar,
Miriapodul plin de-amar :
— M-am lovit la un picior
Și mă doare-ngrozitor !...
Doctorul spune cu zel :
— Ia arată-mi-l nițel !...
— Să-l arăt ? Problemă grea,
Că eu nu știu număra !

Şi totuşi...

„TIMPUL A AVUT RÂBDARE“



6 iunie 1944, ziua în care aliaţii au debarcat în Normandia, „ziua cea mai lungă“, începutul operaţiei Overlord, avea, printre altele, să consacre numele corespondentului de război Cornelius Ryan.

Cartea sa „The Langest Day“ avea să fie tradusă în limba română, sub numele de „Ziua cea mai lungă“, în anul 1965. Această carte celebră, după ce a colindat toată lumea, a constituit şi punctul de plecare al unui film tot atît de celebru...

Dar cine era acest Cornelius Ryan? Irlandez de origine, nepotul lui Cornelius Ryan, ziarist, şi fiul lui John Ryan, colonel, avea să îndeplinească funcţia de corespondent de război pe lîngă armata condusă de generalul Eisenhower.

După terminarea războiului se va căsători cu Kathryn Morgan, originară din Statul Iowa, şi se va stabili în orăşelul Ridgefield (Connecticut), nu departe de New York, dobîndind cetăţenia americană.

După ce îi apare a doua carte — „Ultima bătălie“ — începe documentaţia pentru „Un pod prea îndepărtat“, carte apărută şi în limba română, după care, de asemenea, s-a realizat şi un film.

Dar munca de elaborare a acestei cărţi constituie o cursă contra cronometru cu moartea... Mai bine de 4 ani Cornelius Ryan va duce o cruntă bătălie cu o necruţătoare boală şi va reuşi, în cele din urmă, cu două luni înainte de a muri, să vadă editată cartea, considerată un „best-seller“, în colecţia „Studii, povestiri şi documente“.

Începutul sfîrşitului

În primăvara anului 1970 o secreţie uretrală, însoţită de dureri, este etichetată de medicul Pat Neligan (generalist din Ridgefield, irlandez şi prieten cu Ryan) drept prostatită. Tratamentul cu Negram şi apoi cu Furadantin nu aduce ameliorări substanţiale şi, după 91 de zile de suferinţe, dr. Neligan descoperă, la tuşeul de prostată, o mică induraţie la baza lobului drept. Era în ziua de 17 iulie 1970. Toate consulturile ulterioare aveau să confirme constatarea modestului generalist din Ridgefield. Îndrumat la un consult urologic de specialitate, la New York, se precizează că „dr. Neligan merită să fie felicitat; sînt în mod sincer stupefiat că a putut descoperi zona indurată a prostatei; chiar eu am avut o oarecare dificultate s-o localizez“. Suspiciunea unui proces canceros conduce, în după amiaza zilei de 22 iulie 1970, la internarea în spital. A doua zi se practică o cistoscopie (pentru a se vizualiza vezica urinară) şi se efectuează o puncţie-bioptică. În ziua de 24 iulie 1970 examenul bioptic stabileşte diagnosticul de cancer *(adenocarcinom)* al prostatei.

Atît lui Cornelius, cît şi soţiei sale Kathryn, li se comunică diagnosticul şi li se recomandă conduita terapeutică : ablaţia *(scoaterea)* prostatei. *Această prostatectomie, practicată la un om de 50 de ani, va fi, probabil, urmată de impotenţă sexuală şi de incontinenţă de urină, care va necesita purtarea în permanenţă a unei pungi de cauciuc.*

„Am luptat împreună"...

Între 24 iulie 1970 şi 19 octombrie 1974, Cornelius Ryan îşi va consemna lupta cu această necruţătoare boală. El strînge cel puţin 200 de scrisori, peste 75 de buletine şi rapoarte medicale, va umple 8 carnete cu adnotări şi va înregistra 6 benzi de magnetofon, de cîte 120 minute. Toate aceste însemnări secrete se referă la evoluţia bolii, pe care vroia s-o învingă sau s-o amîne, pentru a putea scrie „Un pod prea îndepărtat". În aceeaşi manieră, secretă, Kathryn îşi va consemna impresiile ei. În 1979 va apărea cartea „Am luptat împreună", odiseea acestei impresionante bătălii („A private battle" este titlul original).

Zguduit de vestea gravei afecţiuni, Cornelius Ryan va scrie : «Nu pot să mor fără a fi scris „Un pod prea îndepărtat"... Dar cum să încep, cu această sabie a lui Damocles deasupra capului meu ?»

Chinurile peregrinărilor...

Cornelius nu se poate mulţumi cu primul consult urologic... dar toate celelalte consulturi vor confirma cancerul de prostată, atît pe baza tuşeului, cît şi pe baza examenului histopatologic făcut în urma puncţiei-bioptice.

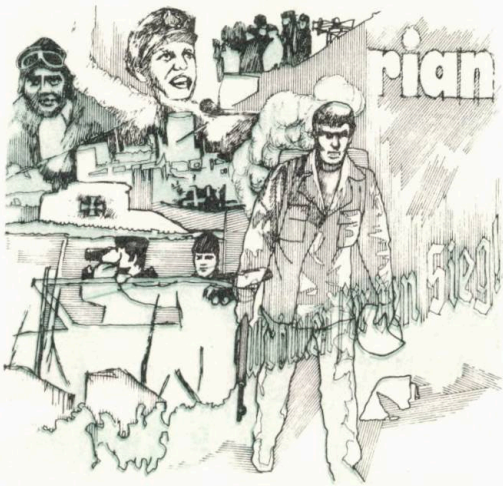
Îl va consulta pe dr. Joseph Ward din New York, fost coleg la Facultatea de Medicină din Dublin cu Pat Neligan. Acesta constată o extindere a tumorii şi recomandă un tratament cu hormoni feminini (estrogeni), considerînd că prostatectomia e inutilă. În acelaşi timp recomandă un consult cu cei doi mari specialişti urologi din S.U.A. : Willet Whitmore, de la Spitalul Memorial din New York („Sloan-Kettering Cancer Center"), şi Hugh Jewett, de la „Brady Urological Institute", aparţinînd de Spitalul „Johns Hopkins" din Baltimore.

Interesant este faptul că Ryan, plecînd în Norvegia să pescuiască somoni, contactează 11 persoane de la mai multe institute de cancer din diferite oraşe europene. Şase din aceste 11 persoane recomandă pe cei doi mari specialişti din S.U.A.

În ziua de 12 august 1970 Whitmore, după ce confirmă diagnosticul, nu recomandă nici un tratament, dar consideră necesar urmărirea bolnavului. În cazul în care boala s-ar agrava, ar fi partizanul unei hormonoterapii sau a implantării de ace radioactive (cu I^{125}), clinica sa dispunînd de o experienţă de numai 3 ani cu această ultimă metodă.

Hugh Jewett îl vede pe Ryan la 3 septembrie 1970. Dar dacă nu există dubii în privinţa diagnosticului, atitudinea terapeutică este şi de astă dată diferită. Deşi a efectuat peste 500 de prostatectomii, contraindică acest gen de tratament. Este în schimb partizanul iradierii la acceleratorul linear, recomandînd, în acest sens, pe prof. dr. Malcome Bagshaw (directorul Serviciului de Radioterapie al Spitalului Universitar din Palo Alto — California).

Dr. Bagshaw, în vîrstă de 45 ani, îl impresionează prin tinereţea, entuziasmul şi competenţa sa. Acesta îi va practica o limfografie şi va constata doi ganglioni măriţi, la 40 cm de prostată, ca expresie



a generalizării, pe cale limfatică, a cancerului. I se execută radiografii ale tuturor oaselor, scintigrafii osoase cu stronțiu radioactiv.

Tratamentul la reactorul linear urmează să dureze 9 săptămîni.

Depărtarea de Ridgefield și de familie (de soție, de fiul său Geoff și fiica sa Wickie) îl face să se hotărască pentru un tratament la New York, la prof. dr. Whitmore.

Se va interna în ziua de 18 octombrie 1970 și i se vor scoate ganglionii descoperiți prin limfografie (la examenul microscopic se constată metastaze ale cancerului de prostată) și i se va implanta iod radioactiv (32 de ace în lobul drept al prostatei și 9 în lobul stîng).

Este interesant să semnalăm că internarea la Spitalul „Memorial", excluzînd onorariile chirurgilor și medicilor specialiști, îl va costa 3 454 de dolari.

Urmează o perioadă de ameliorare, timp în care lucrează la „Un pod prea îndepărtat", dar boala va evolua. În iulie 1971 rinichiul drept încetează să mai funcționeze. În aprilie 1972 scintigrama osoasă evidențiază metastaze. Se începe un tratament cu estrogeni (Dietilstilbestrol). În aprilie 1973 cancerul invadează oasele bazinului și oasele femurale. Se reinternează la „Memorial" și i se asociază citostatice (Cytoxan și 5-Fluoro-urocil). Apar dureri toracice și tratamentul se completează cu Prednison. Ulterior face o paralizie a unui nerv cranian, prin extinderea cancerului.

În iunie 1973 este decorat de președintele Franței cu „Legiunea de Onoare". Ambasadorul Franței în S.U.A. vine la locuința sa să-i înmîneze decorația. Cu greu se poate menține în picioare, ca să-și rostească cuvîntul de mulțumire.

La 27 octombrie 1973, într-o zi de sîmbătă, consemnează în jurnalul său ocult faptul că a terminat de scris „Un pod prea îndepărtat". În ianuarie 1974 primește titlul onorific de „doctor în litere", iar în aprilie 1974 este numit membru al „Societății istoricilor americani".

Durerile din șoldul drept sînt tot mai mari și se deplasează foarte greu, mai mult tîrîndu-se.

În 22 octombrie 1974 se internează din nou la Spitalul „Memorial". I se stabilește o fractură a osului pubian drept, invadarea neuronilor motori inferiori, iar la mielografie, un blocaj atestînd o posibilă metastază în măduva spinării, neoperabilă.

I se fac iradieri cu Cobalt radioactiv și i se introduce un citostatic nou: Adriamicină.

„Katie, sînt teribil de obosit!"

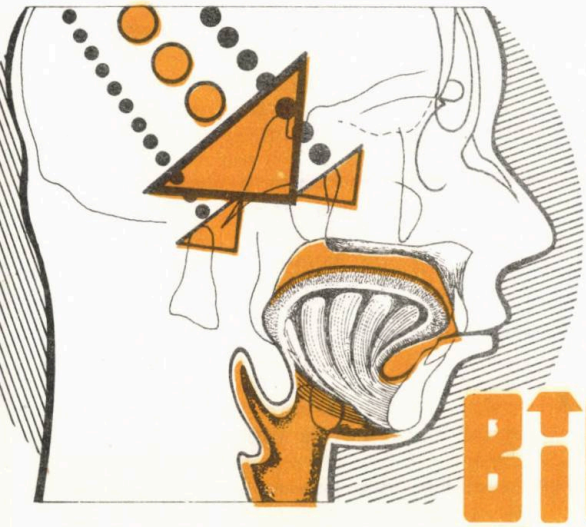
Sîmbătă, 23 noiembrie 1974, ora 19,44, la Spitalul „Memorial" din New York, Cornelius Ryan este pus sub oxigen, tensiunea arterială fiind 7,5/5,5 cmHg. Alături de el, credincioasa sa soție... „Katie, — spuse el —, sînt teribil de obosit!". Aspiră profund de două ori, expiră apoi și moare...

Ar fi trebuit poate să fie înmormîntat în Normandia, alături de cei ce au căzut în „Ziua cea mai lungă"... Familia a hotărît însă să-l înhumeze într-un mic cimitir de campanie, vecin cu domiciliul său, în care trupele franceze ale lui Rocheambeau își instalaseră tabăra, în urmă cu 193 de ani, cînd veniseră să sprijine cauza revoluției americane.

În vara anului 1973, cînd ultima lui carte era aproape terminată, Cornelius Ryan scria fiicei sale Wickie, ca pe piatra funerară să scrie „Cornelius Ryan", data nașterii și a morții și un singur și simplu cuvînt: „reporter".

Dorința i-a fost îndeplinită...

DR. **OVIDIU OPRIAN**
MEDIC PRIMAR, DOCTOR ÎN MEDICINĂ



Din tulburările vorbirii

BÎLBÎIALA

PROF. C. MANOLACHE
SPECIALIST ÎN SURDOLOGIE

Omul își desfășoară activitatea nu numai în cadrul proceselor psihice conștientizate, puține la număr și limitate în întindere. Acestea nu pot cuprinde întreaga activitate psihică, în cele trei domenii ale sale : de cunoaștere (cognitivă), afectivă și de voință (volitivă). Spațiul imens de timp este acoperit sau mai bine zis umplut de activitatea proceselor psihice neconștientizate. Dacă viața psihică s-ar limita numai la procesele psihice conștientizate sau la idei preconcepute, asupra insuccesului de exemplu, ar fi foarte sărăcăcioasă și insuficientă. Intrarea în acțiune a legii conștientizării trebuie luată în evidență și aplicată atunci cînd apare necesitatea, cum ar fi educația în perioada de pregătire a copilului în familie, grădiniță și școală. Momente neconștiente sînt implicate în întreaga activitate obișnuită de toate zilele, în activitatea senzorio-motorie, chiar și în analize, judecăți, decizii și alte operații care sînt destinate conștiinței, ca fiind singura modalitate procesuală superioară a sistemului psihic uman. Legile gramaticale ale limbii materne se aplică în practica vorbirii, pe baza exercițiului. Atunci cînd mînuim lingura ca să mîncăm, creionul ca să scriem, în activitatea de comunicare a unei informații sau mesaj nu conștientizăm acțiunea. Mișcarea-potențial există ereditar, dar ea trebuie coordonată prin exercițiu. Factorul ereditar al articulației limbii, existent la toți copiii, inclusiv și la cei handicapați auditiv, constă în potențialul capacității de funcționare a aparatului fonator, în sensul emiterii sunetelor. Sub influența mediului ambiant social și prin exercitarea vorbirii orale se creează mecanismele fiziologice ale vorbirii.

Prin intermediul exercițiului, capacitatea virtuală pentru o activitate devine realitate (exemplu : mersul, apucarea și mînuirea obiectelor, vorbirea etc.).

Pozițiile și mișcările organelor aparatului fonator în articulație, expirația aerului în emiterea vocii și alte acțiuni sau activități ale altor organe sau aparate ale organismului destinate producerii vorbirii, în sensul exprimării, nu se conștientizează. Numai obiectul acțiunii — fonemul sau cuvîntul, propoziția, fraza și relațiile dintre ele și conținutul lor — se conștientizează.

În situațiile cînd unele persoane, cu deosebire copii, întîmpină greutăți și le apar diferite obstacole pe parcursul desfășurării activității de vorbire (cu toate că în mod obișnuit aceste fenomene nu apar), cauza trebuie căutată în derularea neadaptivă a funcționalității conștiinței.

Primele greutăți constau în repetarea unui sunet sau silabă, care face parte dintr-un cuvînt, pe care copilul vrea să-l rostească, dar nu poate dintr-o dată. Neîndoios, lipsa de exersare a articulației este adevăratul motiv. În acest mod debutează fenomenul de tulburare a vorbirii, denumit **bîlbîială** sau **gîngăveală.**

După unii autori explicația rezidă în faptul că vorbirea, fiind o achiziție recentă a omului și deosebit de complexă, e mai susceptibilă la dezorganizare și poate fi mai lesne tulburată. Etiologia bîlbîielii nu este pe deplin clarificată. Dintre cauzele determinante ale acestei dereglări a vorbirii, în tratatele de specialitate sînt identificate cele anatomofiziologice și psihologice.

Cauzele anatomofiziologice pot fi îmbolnăvirile repetate în primii ani de viață : encefalitele, traumatismele în timpul nașterii sau în viața intrauterină a fătului, diferitele boli infecțioase care afectează aparatul fonator (rujeola, febra tifoidă, tusea convulsivă), precum și intoxicațiile, întîrzierea în dezvoltarea senzorio-motorie etc.

Dintre *cauzele psihosociale* mai frecvente, citate în lucrările de specialitate, menționăm : trăirile emoționale puternice depresive (spaima, frica, groaza), care pot tulbura aparatul verbo-motor, tocmai cînd inhibiția de diferențiere nu este pe deplin dezvoltată, iar copilul nu posedă experiența necesară pentru a putea depăși asemenea momente încordate la extrem.

Imitarea bîlbîiților adulți sau prieteni sau a celor cu vorbiri repezite ar mai constitui o altă cauză a apariției bîlbîielii.

Cauza reală însă, în identificarea căreia nu poate exista incertitudine, este de natură psihosocială. Asupra ei trebuie să ne îndreptăm atenția. Temeiul acestei poziții este constituit din fapte. Deci, cînd afirmăm că sîntem parteneri ai acestei teze și susținem adoptarea unor măsuri profilactice psihologice și indicăm terapiile psihosociale acelor persoane adulte sau copiilor, care prezintă tendințe spre bîlbîială sau au devenit deja victime ale acestei grave tulburări de vorbire, ne bizuim pe realitatea obiectivă.

Dereglarea exprimării verbale coincide, în frecvente cazuri, cu perioada de început a adoptării căii de comunicare verbală de către copii. Mai precis spus, coincide cu etapa de început a rostirii cuvintelor, prima fiind cea de înregistrare. Atunci cînd depășește faza cuvintelor-propoziții și trece la formularea propozițiilor, copilul poate fi, eventual, confruntat cu probleme mai dificile de exprimare.

Cu lipsa sau slaba dezvoltare a mecanismelor verbo-motorii, copilul nu poate face față dorinței sau trebuinței de comunicare a ideilor, a năzuințelor, durerilor sale etc. În căutarea de cuvinte, pentru a le rosti, se izbește de lipsa stereotipului dinamic, care nu este încă format. Ca urmare a acestui neajuns, copilul vorbește repetînd primul cuvînt sau sunet și, procedînd tot așa, bîlbîiala se întețește și își edifică existența pe trupul exprimării verbale. Primul eșec însă nu se stinge, ci antrenează după sine alte insuccese, datorită temerii, care se înfiripează în suflet, că și cu alte ocazii se va bîlbîi.

Proprie instalării *logonevrozei* (nevroză a vorbirii), cum i se mai spune bîlbîielii, este perioada preșcolară a copilului, iar mai fertilă — perioada școlară. La această vîrstă impresiile anterioare și mulțimea de stimuli, veniți de la varietatea de obiecte și fenomene externe, îl năpădesc prin acțiunea lor exercitată asupra simțurilor. Îl asaltează în așa măsură, încît purtătoarele semnificațiilor — cuvintele de care dispune și relațiile de înlănțuirea lor în propoziții și fraze —, fiind sărace în conținut, nu-i îngăduie răgaz să facă față împrejurărilor în care este pus să comunice cu persoanele din jur și, astfel, coerența vorbirii se alterează puternic, iar ca un prim efect ia naștere un sentiment de neplăcută activitate (de această dată vorbirea). Dacă în acel moment mai intervin unele persoane cu aluzii pline de ironii sau imitînd pronunțarea defectuoasă, bîlbîiala se instalează de-a binelea și se consolidează, pe măsură ce eșecul (bîlbîiala) se repetă la intervale scurte de timp.

De acum funcționalitatea conștiinței se desfășoară cu intensitate pe fondul unui proces psihic de dezagregare a unității — propoziția sau fraza — în cuvinte, silabe sau sunete, a căror rostire se poate realiza cu greu. Tocmai aceste particularități ale procesului de exprimare verbală, în curs de degradare, cu mecanismele verbo-motorii la bază, uimitor dereglate, se conștientizează. Cum în procesul conștientizării atitudinea subiectului este intens implicată, cu contribuția sa activă, în operațiile de selecție a fenomenelor, de corelare și confruntare cu celelalte fenomene similare prezente (bîlbîiala în desfășurare) și cu cele anterior percepute sau trăite (experiența proprie), pe aceeași traiectorie și în același ritm, „procesul conștien-

tizării dereglării exprimării verbale şi a efectelor lui" se adînceşte şi, respectiv, trăirea devine mai cutremurătoare şi devastatoare psihic.

Dezvăluirea cauzei şi a agravării ei, identificată în procesul „conştientizării" procesului în sine (bîlbîiala) şi a efectului său, precum şi combaterea lor constituie o nouă teorie *(a autorului)* ce se înscrie, pentru întîia dată, în analele psihomedicale actuale.

Ca urmare a acestei conştientizări, persoana afectată de această tulburare a vorbirii nu-şi mai îndreaptă atenţia şi gîndirea, cu progresele ei, spre conţinutul, formularea de idei şi întruchiparea lor în propoziţii şi fraze, ci acordă importanţă exprimării orale a limbajului verbal, ca proces în sine. Aici nu este vorba de o importanţă în sensul bun al cuvîntului, ci de o hiperdimensionare a cuvîntului ca expunere, care angajează întreaga capacitate a bîlbîitului (cognitivă, afectivă, volitivă), punînd în imposibilitate forţele psihice de a acţiona şi în cealaltă direcţie, respectiv în latura de conţinut al faptelor. În acest mod ia naştere grija — însoţită de teamă — că nu va putea reuşi să exprime, mulţumitor, cu viu grai, un mesaj sau o informaţie. Gîndul îndreptat spre ideea de insucces şi insuccesul, ca proces în sine, vor fi conştientizate, la rîndul lor. Fără o intervenţie, în sensul ameliorării dezechilibrului psihic la care s-a ajuns, devierea exprimării verbale se va solda cu o avarie gravă a întregii constelaţii de sisteme ale limbajului verbal, precum şi a conţinutului personalităţii.

Expunem, în continuare, cauzele, manifestările şi consecinţele menţionatei tulburări a vorbirii — bîlbîiala —, axîndu-ne, în special, pe fenomenul psihic al conştientizării efectului dramatic, în primul rînd, apoi pe conştientizarea elementelor de vorbire, în scopul de a le regla.

Accentul, în preocuparea subiectului, punîndu-se deci pe efect, asupra lui i se concentrează atenţia. De aici derivă primordialitatea rolului conştiinţei asupra urmărilor (efectului) şi elementelor de producere (exprimare) a limbajului verbal, în scopul de a le ameliora şi respectiv regla.

Focalizarea atenţiei asupra efectului neslăbind defel, ci, dimpotrivă, accentuîndu-se în măsura augmentării impresiilor făcute persoanelor din jur, persoana în cauză nu poate fi eliberată de sub povara temerii că debarasarea de asemenea meteahnă nu va surveni.

Cauza fiind de natură absolut psihică (conştientizarea efectului — impresii), excluzînd în total supoziţiile bazate pe substratul anatomofiziologic, atît măsurile profilactice, cît şi terapia se încadrează în domeniul psihologiei-pedagogiei, constituind astfel obiect al educaţiei.

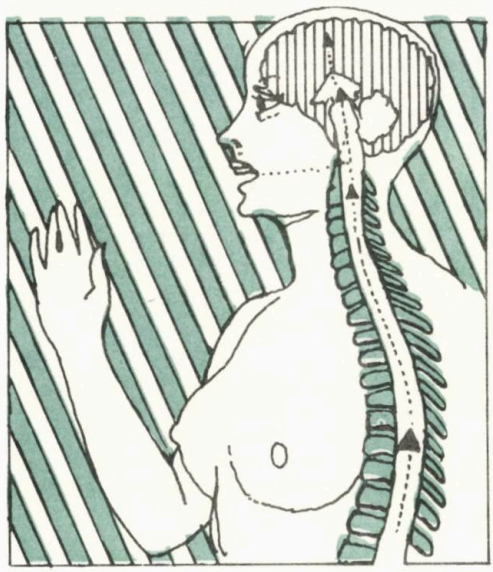
Educaţiei, deci, îi va reveni sarcina de a realiza prevenirea sau terapia tulburării vorbirii — bîlbîiala. Modalităţile educative diferă de la caz la caz, în funcţie de temperamentul, sensibilitatea şi impresionabilitatea fiecăruia. Comune, nu numai pentru toate cazurile, ci privind toţi copiii deopotrivă, sînt relaţiile de sinceritate ce trebuie să fie stabilite între educatori şi elevi, între părinţi sau alte persoane şi copii, pe baza cunoaşterii trăsăturilor pozitive ale acestora, pentru a fi stimulate.

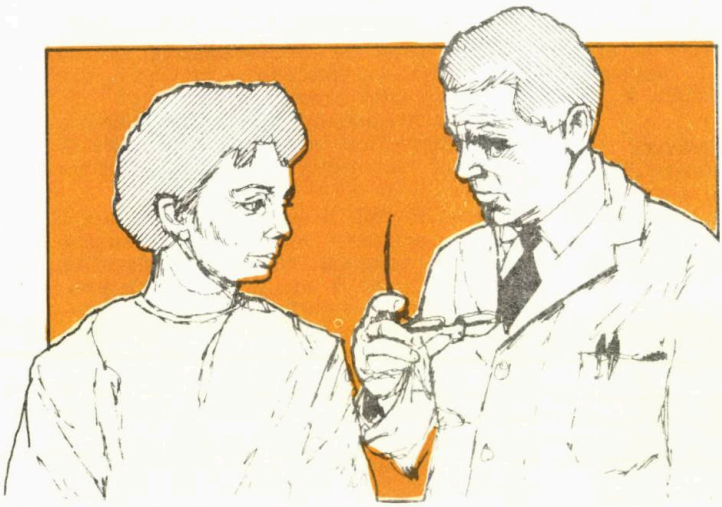
Profilaxia fiind o măsură mai eficientă, vom discuta, în primul rînd, despre ea.

1. Echilibrarea psihică, pentru adaptarea armonioasă a copilului la mediul social, constituie condiţia esenţială de prevenire a vreunei eventuale devieri a desfăşurării exprimării orale, a limbajului verbal în mod coerent şi fluid. Ea se realizează şi se menţine, adoptînd o atitudine binevoitoare faţă de copil, creînd astfel un climat familial sau de prietenie.

2. Copilul să fie ajutat cînd se află într-o dilemă în alegerea cuvintelor sau formularea unei propoziţii sau fraze, în sensul furnizării materialului verbal de care are nevoie, pe un ton blînd şi cu voce înceată.

Copilul, îmbărbătîndu-se, îşi reia firul expunerii curgătoare, părăsind tatonările, repetările de sunete, silabe sau cuvinte,





învățătorul sau dirigintele, asigură respectarea întregului program întocmit *ad-hoc*, pe toată durata școlarizării copilului.

Îndeplinirea cu strictețe a directivelor întocmite corespunzător particularităților copilului, cu certitudine se va solda cu eliminarea gravei tulburări psihice manifestate în vorbire (bîlbîiala), prin desconștientizarea efectului și a acțiunii în sine (exprimarea limbajului verbal).

La indicațiile de mai sus, prezentate în scop profilactic, dar a căror aplicabilitate se poate extinde și în tratament, se mai pot adăuga cele ce urmează :

ocolind astfel asemenea eventuale dereglări și trăiri ale eșecului.

3. În cazul unui copil care se află într-o stare incipientă de bîlbîială se vor evita situațiile defavorabile antrenării acestuia în discuție. De asemenea, în cursul unei discuții, acesta nu trebuie întrerupt.

4. Crearea unei ambianțe calme, liniștite, îl tonifică, pe cînd stările conflictuale de orice fel îl hipersensibilizează, îi adîncesc traumele psihice. De asemenea, potențarea la maximum a calităților îi procură încredere în sine și-l tonifică pe plan moral.

5. Să nu i se amintească niciodată și de către nimeni defectul pe care îl are și nici să nu se afle în apropierea vreunui copil care vorbește defectuos, mai ales cînd vorbirea nu-i este consolidată (articulația).

6. Să nu i se impună să facă eforturi pentru a nu se bîlbîi, căci se ajunge la un rezultat contrar — neliniște, teamă de a vorbi —, iar ca urmare spasmele se înmulțesc în mod sensibil.

Multe alte măsuri de prevenire a bîlbîielii se pot enumera, dar o delimitare severă între profilaxie și psihoterapie neputîndu-se face, vom continua cu expunerea lor și în cadrul psihoterapiei.

Psihoterapia începe odată cu declanșarea degradării vorbirii. Desfășurată cu pricepere și tact, ea poate fi perfect salutară, asemănător profilaxiei. Referindu-ne la copil, în situația sa de elev, cînd educatorii sînt aceiași (învățători sau profesori), continuitatea în aplicarea psihoterapiei se poate realiza. Unitatea de vederi și cunoașterea tratamentului psihologic trebuie stabilită și, respectiv, îndeplinită de toate cadrele didactice care predau colectivului de elevi din care face parte subiectul, precum și de părinți. Unul dintre aceștia,

7. De regulă, subiectul nu întîmpină greutăți în rostirea oricărui cuvînt sau sunet. Acestea diferă de la caz la caz. Totuși, sunetele sau cuvintele care provoacă probleme în pronunțare sînt depistate. Acestea sînt : b, c, d, g, j, p, r, s, ș, t, ț, precum și grupele de sunete : br, cr, pr, tr ș.a., și cuvintele, ale căror sunete inițiale fac parte din cele enumerate mai sus. Cuvîntul, în rostirea căruia se produc spasme atunci cînd copilul vrea să-l pronunțe, trebuie să i-l șoptească educatorul, pentru ca acesta să treacă, cu ușurință, peste dificultate. Auzind cuvîntul, cel în cauză îl preia automat și-l rostește cu ușurință.

8. Vorbirea concomitent de către educator și subiect dă roade foarte bune. În rostirea simultană a cuvîntului, copilul, fiind eliberat de sub cătușele conștientizării efectului și cauzelor, este mai relaxat, mai sigur pe sine.

9. Un alt procedeu, care dă bune rezultate, este vorbirea reflectată. Educatorul formulează o propoziție sau frază, o rostește, apoi aceasta este rostită și de subiect. Procedeul acesta este recomandat a fi aplicat în activitatea individuală, fără asistență din partea colegilor.

10. Antrenarea copilului în diverse activități, îndeosebi în exercitarea înclinațiilor sale (desen, modelaj, pictură, lucru de mînă etc.), are menirea să perfecționeze deprinderile motrice de bază, să-i cultive spiritul de observație, de ordine, simțul echilibrului, al armoniei, frumosului și, în final, îi cultivă curajul, încrederea în sine, voința, îi formează personalitatea. Aceste îndeletniciri, efectuate în paralel cu aplicarea psihoterapiei, duc la eliberarea de teama bîlbîielii și de funcționalitatea negativă a conștiinței.

ABC-ul culturii medicale

Din cele trei răspunsuri menționate la fiecare întrebare este valabil numai unul. Care ?

A. *Antisepsia este :*

1. Distrugerea microbilor, la nivelul pielii și al mucoaselor, cu apă oxigenată, tinctură de iod, rivanol, permanganat de potasiu, cloramină etc.
2. Sterilizarea instrumentelor folosite la intervențiile chirurgicale cu ajutorul căldurii, razelor ultraviolete, ultrasunetelor etc.
3. Distrugerea microbilor cu ajutorul antibioticelor.

B. *Biopsia este :*

1. O metodă de tratament.
2. O metodă de diagnostic.
3. O boală.

C. *Colesterolemia omului sănătos este :*

1. 1,2–1,8 grame la litru de sînge.
2. 1,4–1,8 grame la litru de sînge.
3. 1,6–2 grame la litru de sînge.

D. *Daltonismul este o defecțiune congenitală ce constă în :*

1. Incapacitatea de a deosebi culoarea galbenă de cea roșie.
2. Incapacitatea de a deosebi culoarea roșie de cea verde.
3. Incapacitatea de a deosebi culoarea galbenă de cea verde.

E. *Eritrocitele sînt :*

1. Microbi.
2. Globule roșii.
3. Globule albe.

F. *Flebita este :*

1. Inflamația unei vene.
2. Inflamația unei artere.
3. Inflamația unui vas limfatic.

G. *Glicemia sau concentrația glucozei în sînge, la omul sănătos, este :*

1. Între 50–100 mg la suta de mililitri de sînge.
2. Între 60—110 mg la suta militri de sînge.
3. Între 70–120 mg la suta de mililitri de sînge.

H. *Homeopatia este :*

1. O boală de sînge.
2. O analiză de laborator.
3. O metodă de tratament.

I. *Insulina este un hormon secretat de :*

1. Glanda hipofizară.
2. Glanda pancreas.
3. Glanda tiroidă.

J. *Jejunul este :*

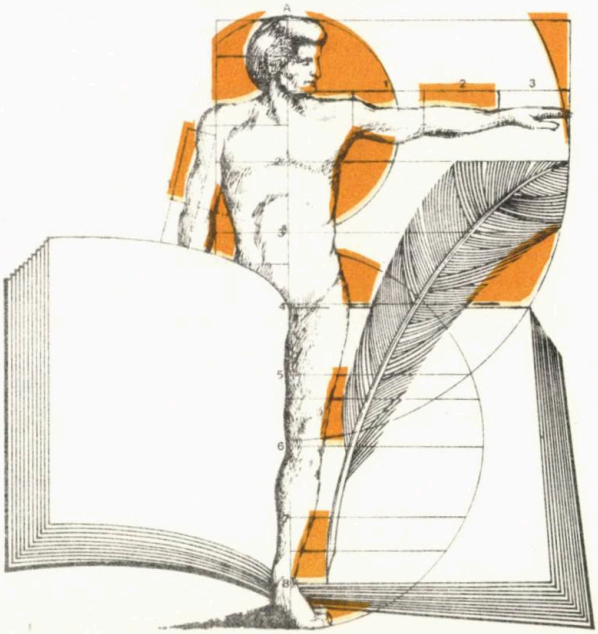
1. O porțiune a intestinului gros.
2. O porțiune a intestinului subțire.
3. O porțiune a stomacului.

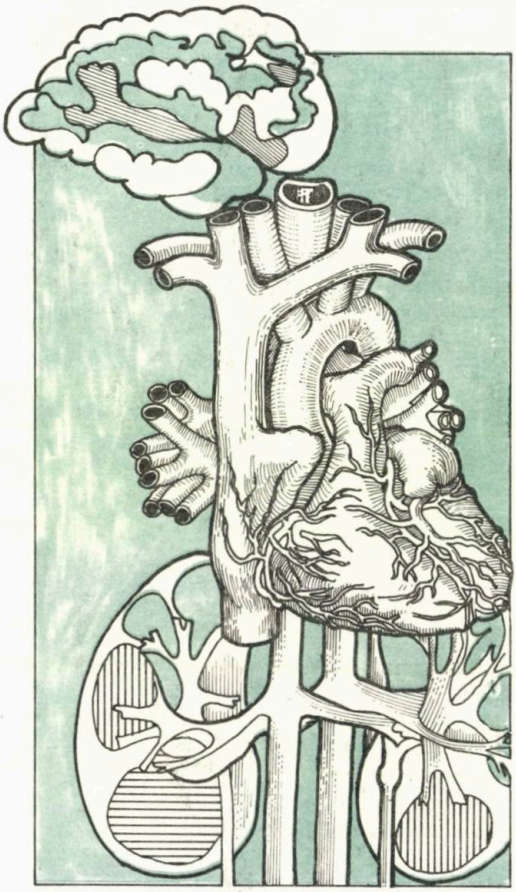
K. *Kinetoterapia este o metodă terapeutică ce folosește :*

1. Curentul electric.
2. Mijloace tradiționale chinezești.
3. Mișcarea.

L. *Lipidemia este :*

1. O boală de sînge.
2. O metodă de tratament.
3. O analiză de laborator.





M. *Microcefalia este o anomalie caracterizată prin :*

1. Dimensiunea mică a capului.
2. Dimensiunea mică a creierului.
3. Dimensiunea mică a capului şi a creierului.

N. *Nevrita este :*

1. Inflamaţia mucoasei nasului.
2. Inflamaţia unui nerv.
3. Inflamaţia rinichiului.

O. *Ocluzia intestinală sau încurcătura de maţe, caracterizată în primul rînd prin oprirea scaunului, se tratează cu :*

1. Antibiotice.
2. Purgative.
3. Intervenţie chirurgicală

P. *Pelagra se produce din cauza :*

1. Lipsei de vitamina A.
2. Lipsei de vitamina B.
3. Lipsei de vitamina PP.

R. *Rinichiul artificial constă în :*

1. Grefarea unui rinichi provenit de la o altă persoană.
2. Suplinirea, pentru un scurt timp, a funcţiei unui rinichi cu ajutorul unei instalaţii speciale.
3. Transfuzii de sînge şi alte substanţe.

S. *Silicoza este o boală localizată la :*

1. Încheieturi.
2. Plămîni.
3. Splină.

T. *Timusul sau glanda copilăriei se găseşte în :*

1. Craniu.
2. Abdomen.
3. Torace.

U. *Urocultura este o probă de laborator prin care se pun în evidenţă :*

1. Pietre la rinichi.
2. Microbii din urină.
3. Albumina din urină.

V. *Vaccinarea este o metodă de :*

1. Prevenirea unei boli.
2. Tratarea unei boli.
3. Prevenirea şi tratarea unei boli.

X. *Xantelasma sau petele gălbui apărute la pleoape se datoresc depunerii de :*

1. Colesterol.
2. Grăsimi.
3. Acid uric.

Z. *Zona Zoster sau apariţia unor mici vezicule (băşici) dispuse în linie, de obicei pe torace, este produsă de :*

1. Paraziţi.
2. Virusuri.
3. Alergeni

RĂSPUNSURI :

A 1	B 2	C 3	D 2	E 2	F 1
G 3	H 3	I 2	J 2	K 3	L 3
M 3	N 2	O 3	P 3	R 2	S 2
T 3	U 2	V 1	X 1	Z 2	

Dr. **SABIN IVAN**

Epigrame

Accidentatul

La spitalul de urgență
Iată-mă-n convalescență !
Sora cînd mă vizitează
Și cu-n zîmbet mă pansează.

Soției mele, soră medicală

Am alunecat odată
Cînd privisem dup-o fată !
Soața mi-a-ngrijit fractura,
Dar m-a-mbolnăvit cu gura !

Sfat

Un proverb extras din file,
Țineți minte, băietani !
Cine risipește zile
Nu va fi bogat în ani !

Abuz

Epigrama, realmente,
Pentru el va fi postumă...
Că nu ia medicamente,
Ci consumă !

Termometrul unui elev

În zadar dă el din gură,
Motivînd cu voce tare
C-ar avea temperatură !
Am crăpat de la țigare !

Unui fumător

A trăit așa o viață !
Și-a făcut din viață ceață !
Însă ceața — cum să spui ?
Cic-a fost și-n capul lui !

Unui tînăr

Îi spunea puțin năuc
Cînd cu fata se plimba :
„Eu la mare nu mă duc !
Mă scald în privirea ta !"

Surorii de Cruce Roșie

Epigramă ? Niciodată !
Cînd în ajutor îmi sare,
Chiar de-aș arunca săgeată
Pîn' la ea s-ar face floare !

La „Colțul sănătății" dintr-o școală

De nu folosiți degrabă
Mătura și analcidul,
Pe la „Colțul sănătății"
O să vină Sanepidul !

Unei surori medicale

E drăguță, vede-oricine,
Dar o critic cu-al meu vers ;
La examen — foarte bine !
Iar la accident... invers !

Săpunul

Un săpun, o marcă bună,
Este foarte necăjit
C-a trecut mai mult de-o lună
De cînd nu e folosit !

Unei doctorițe

Doctoriță arțăgoasă
I-a-nțepat pe toți din casă,
Pentru că numai cu gura
Practică acupunctura !

Unui student de la medicină

O pendulă-n colț retrasă
Miezul nopții a bătut,
Ca să-ți intre-un an în casă...
Dar nu anul ce-ai pierdut !

Chirurgilor

Bucurii îndeplinite
Toți chirurgilor din țară,
Intervenții reusite.
Bolile ca să dispară !

GH. ZARAFU

radiațiile RÖNTGEN

ÎN STUDIUL AUTENTICITĂȚII OPERELOR ISTORICE ȘI DE ARTĂ

În primăvara anului 1954, unul din conducătorii „Muzeului de istorie naturală Grigore Antipa" din București, care îmi fusese profesor de științe naturale în liceu, mi s-a adresat cu o rugăminte care, pe cît de ciudată, pe atît mi s-a părut de interesantă. Cu mulți ani înainte, muzeul achiziționase de la British Museum cîteva mumii egiptene. Ulterior au apărut zvonuri, provenite de la alte muzee din lume cu profil asemănător, care se plîngeau că mumiile cumpărate de ei erau false, fiind simple îngrămădiri de materiale, fără nici o valoare istorică. Evident, la noi nu se cunoștea sursa de proveniență a acestor mumii false, dar un sîmbure de îndoială a plutit asupra urmașilor lui Tutankamon de la București.

Datorită acestei îndoieli, multă vreme mumiile au zăcut dosite în depozitele muzeului, fiind scoase din circuitul exponatelor. Și, pe bună dreptate, o instituție de cultură cum este „Muzeul de istorie naturală Grigore Antipa" nu-și putea permite să prezinte falsuri.

Dar care era rugămintea fostului meu profesor ? Aceea de a examina, cu ajutorul radiațiilor röntgen, conținutul mumiilor și de a stabili astfel dacă sînt sau nu autentice. Era vorba deci de o expertiză efectuată prin intermediul unei metode nedistructive. Examenul radiologic, fără să modifice cu nimic piesele examinate, putea să pună în evidență scheletul mumiilor sau să furnizeze date despre eventuale falsuri.

Mărturisesc că am primit cu entuziasm efectuarea acestui examen de arheometrie, căci așa se numește analiza științifică a autenticității, dar și a deducțiilor științifice, economice și sociale ale unor piese cu valoare istorică sau de artă.

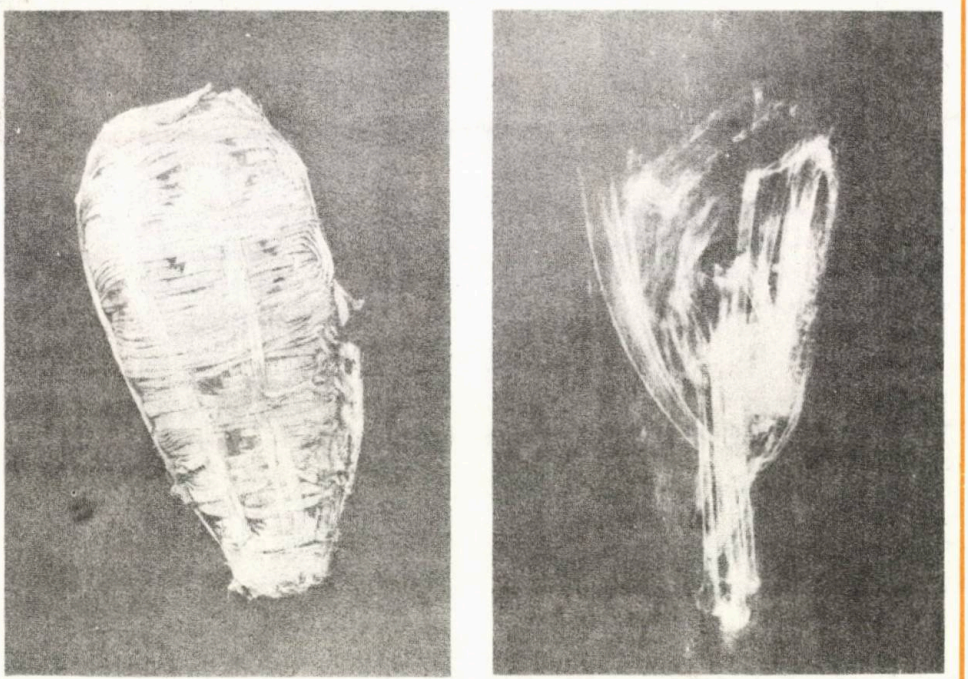
Astfel, într-o seară, după ce a încetat forfota bolnavilor din Spitalul Filantropia (pe vremea aceea eram radiologul Institutului ORL), au apărut ciudatele pachete aduse pe tărgi și în cutii. Erau două mumii de oameni și patru pachete mai mici, probabil animale sfinte pentru egipteni, mumificate.

Deși acest convoi nu avea nimic măreț, totuși un iz de mister îl învăluia ; grija cu care erau manipulate, respectul pentru presupusele resturi pămîntești vechi de peste 3 000 de ani dădeau un aspect de procesiune nocturnă acestui examen radiologic ciudat. Cea mai mică neglijență putea aduce prejudicii unor piese foarte valoroase. Era impresionant chiar materialul textil din care era confecționat ambalajul mumiilor. Erau un fel de feși, a căror țesătură foarte deasă și regulată putea să concureze, ca aspect, cu orice țesătură „gen balonzaide" de astăzi, iar ca durabilitate avea meritul de a fi depășit trei milenii. Acest material devenise foarte fragil ; se sfișia la cea mai mică atingere.

Radiografiile efectuate au pus în evidență schelete, deci mumiile erau autentice. Radiografiile deveneau astfel documente de autenticitate ale valorii lor istorice. Mumiile mari erau oameni. Mumiile mici erau păsări Ibis și un mamifer mic, probabil o pisică. Dintre oameni unul era un copil de aproximativ 12 ani, care suferise un accident ; avea oasele bazinului fracturate. Poziția scheletului era cea clasic cunoscută, și anume cu mîinile încrucișate pe piept. Păsările Ibis aveau picioarele îndoite, așa cum s-ar fi așezat jos în poziție șezîndă, capul flectat, iar ciocul lung lăsat de-a lungul corpului.

Scurt timp după acest episod mumiile au fost prezentate publicului în incinta muzeului, avînd alături cîteva din radiografiile care le confirmau autenticitatea și le identificau, totodată, conținutul.

Toate obiectele ce constituie subiect de studiu istoric sau de artă, prin examenul radiologic își dezvăluie secrete despre trecutul lor, despre modul în care au fost construite, completîndu-se aspectul lor exterior ; sau se pot descoperi eventuale porțiuni din care lipsesc anexe, porțiuni în care materialul este fracturat, sau urme ce indică, pentru metale, distrugerea lor prin rugină sau eroziune îndelungată. Se pot



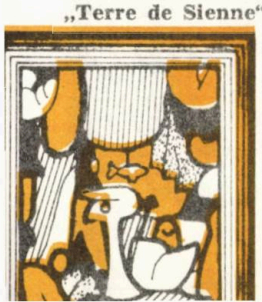
Mumia unei păsări Ibis.

a — fotografia mumiei presupusă a fi o pasăre Ibis ; *b* — radiografia mumiei care, prin punerea în evidență a scheletului de pasăre, confirmă autenticitatea mumiei.

studia vase de metal, coroane, săbii, arme, articole de menaj etc., numărul și varietatea acestora putîndu-se confunda cu tot patrimoniul istoric al omenirii.

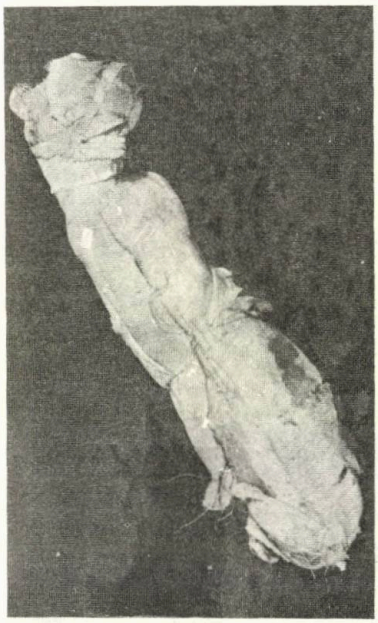
Dar cu ajutorul radiațiilor röntgen se pot descoperi și falsuri. Există o netă diferență între imaginea unui obiect cu o vechime impresionantă și a unei contrafaceri recente, oricît de reușită ar fi aceasta.

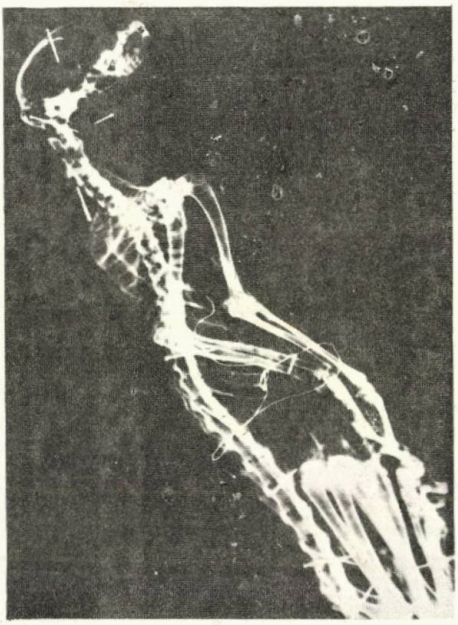
Chiar și tablourile de artă își pot dezvălui, în fața fasciculului de radiații, o serie de secrete, pot vorbi despre viața și autenticitatea lor. Radiațiile röntgen foarte moi, produse de aparate speciale cu fereastră de beriliu, ce au o absorbție foarte accentuată, pot diferenția culorile provenite din pigmenți, cum ar fi carbonatul bazic de plumb, care se mai numește și alb venețian, față de albul de titan și albul de zinc sau pigmentul roșu-cărămiziu din „Terre de Sienne", față de pigmenții roșii sintetici etc. Așa cum este cunoscut, marii maeștrii ai picturii, creatori de școli de artă, își pregăteau singuri culorile, după rețete personale și din materii prime diferențiate, în mare parte, de la o școală la alta. Fiecare școală reprezentînd o epocă poate fi diferențiată de picturi recente contrafăcute, falsuri ce se pretind autentice. Pentru un examinator cu experiență falsul în pictură poate fi cu ușurință demascat, avînd alți indici de absorbție.



S-a mers prea departe cu studiul radiologic al tablourilor, descoperindu-se, la început cu totul întîmplător, imaginea amprentelor digitale ale pictorului lăsate pe vopseaua incomplet uscată. Astăzi sînt cunoscute amprentele lui Leonardo da Vinci, Van Dyck, Tintoretto și, probabil, și ale altora.

Guy Isnard povestește cum un amic i-a încredințat un mic tablou, pretins a fi al Renașterii italiene, dar care fusese cumpărat cu un preț relativ ieftin. Specialiștii au fost unanimi în a considera că tabloul era lipsit de valoare. Studiul cu radiații X, foarte moi, a pus în evidență, sub pictura de la suprafață, portretul unei femei despre care s-a stabilit că data din secolul al XVI-lea și aparținea marelui maestru Tițian (Tiziano Vecellio). Valoarea tabloului a crescut astfel la cifre fabuloase.

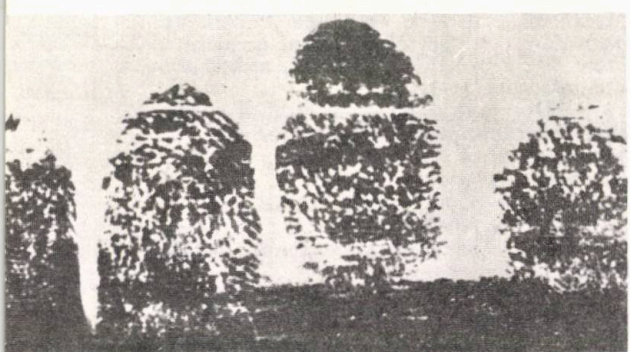




Mumia unei pisici

a — fotografia unei mumii presupusă a fi o pisică ; *b* — radiografia mumiei care, prin punerea în evidență a scheletului unui mamifer, confirmă autenticitatea mumiei de pisică.

André Maurois a ridicat o problemă, pe cît de interesantă, pe atît de falsă — poate chiar dăunătoare pentru patrimoniul cultural al omenirii. Referindu-se la falsul în operele de artă se întreba (citez) : „În ce măsură falsificatorul, imitînd perfect un maestru, nu devine el însuși un maestru ? Dacă se mulțumește doar s-o copieze pe Gioconda, atunci este numai un meșteșugar abil, dar dacă, plasîndu-se în fața unui



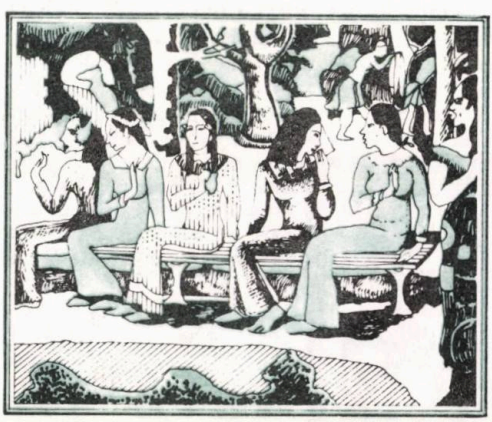
Amprentele digitale ale lui Leonardo da Vinci

alt chip, regăsește, pictîndu-l, factura de lucru a lui Da Vinci, atunci problema se complică. Unde se găsește discipolul ? Unde începe falsificatorul ?" am încheiat citatul.

În realitate însă un maestru exprimă în opera sa o creație artistică unică, ce conține, pe lîngă subiectul prezentat, și maniera de lucru personală, o parte din ceea ce există în artist, esențialul, profund filtrat și care, transmițîndu-se privitorului, naște în acesta un sentiment înalt, o emoție artistică. Falsificatorii, ocolind partea de filtrare personală a maestrului, înșală publicul cu o lucrare lipsită de valoare estetică, dar și emotivă.

Mica experiență personală a autorului și cele cîteva exemple citate din descrierea altora sperăm că au reușit să vă prezinte cîteva date și informații despre varietatea utilizării examenului radiologic care, dincolo de granițele medicinii, s-a impus în industrie, biologie, artă, istorie etc.

DR. MIHAI RĂDULESCU



CANDIDOZA bucală

DR. I. COJOCARU

la vîrstnici

mult mai frecventă decît o bănuim

Se știe că majoritatea bolilor de piele provocate de ciuperci patogene — *dermatomicozele* — sînt determinate de dermatofiți. In afară de aceștia, însă, mai există un grup de ciuperci, asemănătoare drojdiei de bere, care poartă numele de *Candida*.

Principalul rezervor și purtător de *Candida* în natură este omul. Ciuperca trăiește ca saprofit, fără să dea nici un semn de existență, pe anumite mucoase : gură, intestin, vagin etc. Numai în anumite condiții, însă, care țin în primul rînd de predispoziția individului și apoi de alte cauze favorizante, *Candida* poate să dea semne de activitate, devenind din saprofită, parazită, adică să provoace boala.

In gură ciuperca produce *candidoza bucală*, cunoscută și sub numele de *mărgăritărel*. Acesta apare de obicei pe limbă sau pe mucoasa care căptușește gura, sub formă de mici pete albicioase, ca boabele de griș, care se pot uni între ele, alcătuind un depozit brînzos, ca de lapte bătut. Depozitul nu apare de la început, ci se formează pe un fond roșu aprins, în care timp bolnavul are senzații de usturime, arsură sau uscăciune a limbii și gîtului. Uneori se pot forma răni pe limbă sau pe mucoasa gurii, însoțite de jenă la mestecat. Leziunile netratate pot dura mult timp, devenind cronice. Limba capătă un aspect lucios, neted, sau — din contră — apar pe suprafața ei niște perișori care se lungesc, se măresc de volum și uneori capătă o culoare cafenie, pînă aproape de negru, dînd ceea ce se cunoaște sub numele de „limbă neagră păroasă", mai frecventă la fumători.

La colțurile buzelor ciupercile din grupul *Candida* pot provoca niște crăpături destul de adînci, acoperite de o cojiță care, ridicată, face să sîngereze țesutul de dedesubt. Este ceea ce se numește popular *zăbăluță*, iar în termeni medicali, *perleș*. Acesta împiedică deschiderea normală a gurii la vorbit și la mîncat.

Controlînd cu ajutorul unor medii de cultură speciale două loturi aproximativ egale, totalizînd peste 1 500 de persoane, am constatat o frecvență mult mai mare a candidozei bucale la vîrstnici. Astfel, cei în vîrstă de pînă la 60 de ani prezentau candidoză bucală în proporție de 23%, iar la cei ce depășeau această vîrstă proporția candidozei bucale a fost de 54%, deci mai mult de jumătate din cei controlați. Proporția ajunge chiar la 68% la cei ce au peste 90 de ani.

Candidoza bucală la vîrstnici am găsit-o mai frecvent la femei decît la bărbați. În

timp ce 48,2% din bărbaţii examinaţi aveau o candidoză bucală, aceeaşi afecţiune era prezentă la 55,8% din totalul femeilor examinate.

În ceea ce priveşte factorii care favorizează provocarea de leziuni candidozice pe mucoase — şi îndeosebi în gură — pot fi amintite : utilizarea pe scară largă a antibioticelor care, în afara efectului dorit, distrug şi o serie de microbi ce se află în gură, lăsînd teren liber de înmulţire ciupercilor din grupul *Candida*, care trăiau ca saprofite ; unele boli grave, cum sînt : cancerul, tuberculoza pulmonară, diabetul zaharat, hepatita, unele boli grave ale sîngelui (leucemii) şi chiar ale pielii (pemfigus), boli infecţioase de lungă durată etc. Folosirea cortizonului în tratamentul acestor boli a făcut, de asemenea, să crească numărul cazurilor de candidoze. Şi alte medicamente, ca sedativele, tranchilizantele, somniferele etc., pot duce la apariţia unei candidoze bucale.

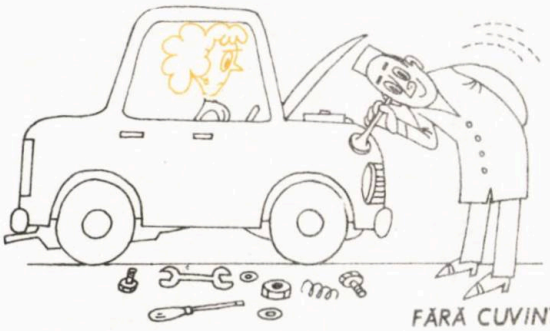
La vîrstnici, un rol însemnat în producerea candidozei bucale îl joacă şi deficitul imunitar, care duce la creşterea susceptibilităţii faţă de diferite boli, inclusiv candidoza bucală.

Tratamentul candidozei bucale aparţine medicului. Totuşi, este bine de cunoscut că medicamentul care se întrebuinţează cu succes în ultimii 30 ani este Stamicinul, administrat timp de 10 zile, sub formă de drajeuri, ce se sug (cîte 6–8 drajeuri zilnic). De asemenea, suspensia Nistatin, care se picură pe limbă de mai multe ori pe zi, poate duce la rezultate bune. În acelaşi timp se recomandă ca bolnavul să facă, regulat, după fiecare masă, gargară cu ceai de muşeţel şi bicarbonat de sodiu.

În cazurile în care candidoza bucală s-a produs ca urmare a existenţei uneia din bolile amintite, este necesar a se proceda şi la tratarea acesteia.

Persoanele care au făcut în trecut o infecţie cu *Candida*, după administrarea de antibiotice sau de alte medicamente, vor avea grijă ca, de fiecare dată cînd mai urmează astfel de tratamente, să ia şi cîte 3–4 drajeuri de Stamicin zilnic, pentru a preveni o nouă infecţie candidozică.

DESENE DE **NIC. NICOLAESCU**



FĂRĂ CUVINTE...

Premiere mondiale în medicină

PRIMA HETEROGREFĂ

În anul 1680, în luna martie, se execută prima heterografă din lume, unui nobil rus, rănit la cap, printr-o lovitură de sabie, folosindu-se oase luate de la un ciine.

LITIAZĂ BILIARĂ

În noiembrie 1687, doctorul Skalpart Van Der Wiel, din Amsterdam, face prima operație de litiază biliară cunoscută în istoria medicinii.

PRIMA INJECȚIE

Medicul Wood din Edinburg, care și-a dedicat o mare parte din cercetările sale unor metode noi de administrare a medicamentelor, a efectuat, în anul 1855, prima injecție din lume.

ANESTEZIA

La 30 martie 1842, în orașul Jefferson din S.U.A., medicul Crawford Williamson Long efectuează prima anestezie pentru o intervenție chirurgicală, folosind *dietyl eter*, iar la 4 noiembrie 1866, medicul englez J. Simpson face prima anestezie cu *cloroform*.

ASPIRINA

În septembrie 1855, profesorul farmacist Charles Gerhardt, din Strassbourg, prepară pentru prima oară acidul acetilsalicilic (aspirina).

GREFA INTESTINALĂ

Prima grefă intestinală din lume a fost realizată în 1967, de către chirurgul C. Lillehei, de la Spitalul municipal din Minneapolis (S.U.A.), care a extirpat colonul unei bolnave de cancer și l-a înlocuit cu un alt colon, luat de la cadavrul unui tînăr recent decedat. Grefa a avut succes deplin.

PRIMUL TRATAT DE BACTERIOLOGIE

În 1885 apare primul tratat de bacteriologie din lume – „Bacteriile și rolul lor în anatomia și histologia patologică a bolilor" – elaborat de medicul român Victor Babeș.

RAZELE X

La 23 ianuarie 1896, profesorul Wilhelm Conrad Roentgen, descoperitorul razelor X, face, cu ajutorul acestora, prima radiografie din lume : mîna soției sale.

B.C.G.

La 21 mai 1921, la un spital din Paris, doctorul Weil Halle vaccinează cu B.C.G., pentru prima dată în lume, un nou-născut provenit dintr-un mediu supracontaminat de tuberculoză.

STREPTOMICINA

Cercetătorul american Wachman, în aprilie 1944, extrage, dintr-o ciupercă, o nouă substanță antibiotică : *streptomicina*.

VACCINUL SALK

La 12 aprilie 1955, virusologul american Jonas Edward Salk anunță oficial prepararea vaccinului antipoliomielitic.

În primul an au fost vaccinați 30 de milioane de copii.

TRANSPLANTUL DE INIMĂ

Chirurgul Christian Barnard, din Republica Africa de Sud, efectuează, la 3 decembrie 1967, primul transplant de inimă.

PNEUMOCOCUL

Profesorul Wassermann, de la Institutul bacteriologic din Berlin, anunță, în aprilie 1899, descoperirea microbului pneumoniei.

I. MURGAN

CÎTEVA SEMNE CARE TREZESC SUSPICIUNI DE BOLI PARAZITARE

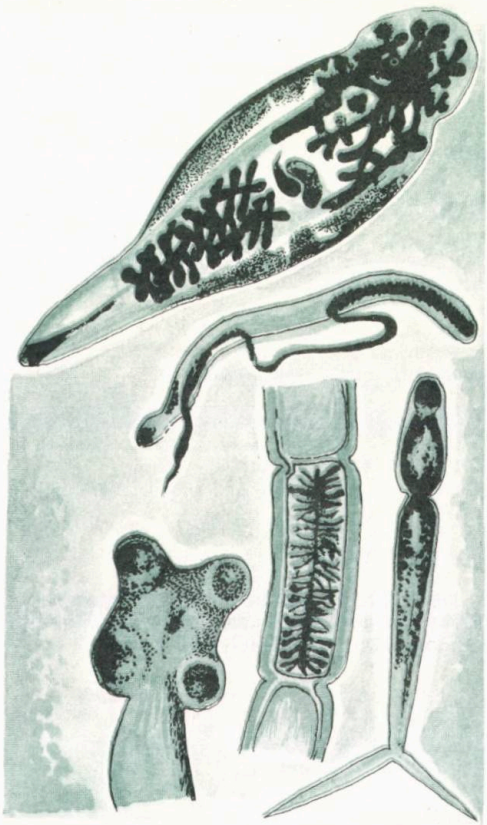
PROF DR. V. NITZULESCU

Ținînd seama de faptul că bolile parazitare sînt destul de frecvent întîlnite, în cele ce urmează vom prezenta cîteva semne care trezesc suspiciuni asupra existenței unor paraziți ai aparatului digestiv.

Vom începe cu *eozinofilia*. Într-o formulă leucocitară normală, leucocitele eozinofile nu depășesc procentul de 4. O depășire a acestui procent impune, de regulă, luarea în discuție a prezenței de paraziți intestinali, cu atît mai mult cu cît numărul de eozinofile este mai ridicat.

Prezența eozinofiliei se face simțită în o serie de boli parazitare, pe care le prezentăm în continuare.

Strongiloidoza. Una din bolile parazitare care se însoțesc de o eozinofilie foarte ridicată (putînd merge pînă la 70—80%) este *strongiloidoza*. Atunci cînd o eozinofilie foarte ridicată este însoțită de tulburări digestive (diaree, dureri gastroduodenale) și de debilitate generală, suspiciunea unei strongiloidoze se accentuează, cu atît mai mult dacă bolnavul prezintă (sau a prezentat recent) tulburări cutanate, constînd din dîre ambulatorii de dermatită lineară care se deplasează cu rapiditate *(larva curens)* și care mărturisesc existența subcutanată de larve de *Strongyloides stercoralis*. Eozinofilia cutanată este așa de caracteristică în strongiloidoză, încît se consideră că persistența ei după tratamentul parazitozei dovedește că nu toți viermii au fost eliminați și ne obligă a continua cercetările de laborator pentru găsirea de alte larve și reluarea unui nou tratament. Nu numai atît, dar, dimpotrivă, lipsa unei eozinofilii în strongiloidoză este de rău augur. Ea dovedește o epuizare a puterii de rezistență a bolnavului, incapabil de a mai produce celule eozinofile.



Trichinoza. O eozinofilie ridicată, depășind 25% și putînd ajunge însă la 60—80%, poate trezi și o suspiciune de *trichinoză*, mai ales cînd este însoțită de o umflare a feței (mai ales a pleoapelor), de încleștarea maxilarului inferior *(trismus)* și de febră foarte ridicată (39—40°C), care se menține continuu. Ca și în strongiloidoză, lipsa de eozinofile indică un prognostic rău. În trichinoză eozinofilia ridicată persistă încă mult timp după închistarea larvelor în musculatură.

Fasciola hepatică, parazit în canalele biliare ale ficatului, dă în prima fază a bolii o eozinofilie foarte ridicată (60—80%), atunci cînd larvele (metacercarii), străbătînd capsula hepatică, invadează parenchimul ficatului. Atunci însă cînd, după 3—4 luni, paraziții pătrund în canalele biliare în care se transformă în viermi adulți, eozinofilia scade, menținîndu-se la un nivel de 6—10%. Variația eozinofiliei în cele două faze ale bolii („curba Lavier") aduce o suspiciune îndreptățită de fascioloză hepatică, cu atît mai mult dacă se însoțește de prezența unei bile hemoragice de culoare întunecată, ca „zeama de prune".

Toxocaroza larvară. Unii copii preșcolari care au obiceiul rău de a mînca pămînt (geofagie), adeseori poluat cu materii fecale de cîine, se pot infesta cu ouăle parazitului *Toxocara canis*. Ei fac atunci boala cunoscută sub denumirea de *toxocaroză larvară* (sau „larva migrans viscerală"), datorită larvelor acestui helmint care circulă prin ficat și alte viscere. Boala este caracterizată printr-o eozinofilie foarte

ridicată, însoțită de o creștere — de asemenea foarte ridicată — a numărului de leucocite pe milimetru cub de sînge.

Anemia este produsă de numeroase parazitoze intestinale. În consecință și anemia reprezintă un semn care trebuie să ne incite la cercetări de laborator, pentru găsirea unei eventuale parazitoze. Dintre paraziții cel mai adesea implicați în stări de anemii severe trebuie citați *Botriocefalul, Ankilostomidele* și *Trichocefalul.*

Botriocefalul, panglica, lungă de 7—8 metri, care se capătă din icrele și carnea unor pești (știuca, bibanul, mihalțul) insuficient pregătită termic, poate produce o anemie de tip pernicios. Botriocefalul intră în competiție cu gazda sa pentru vitamina B_{12}, de care este foarte avid.

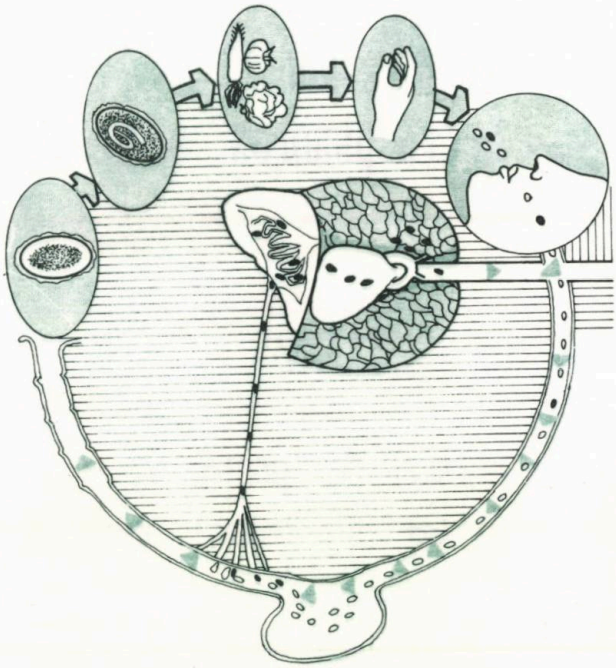
Ankilostomidele (Ankilostoma duodenale și *Necator americanus)* produc o anemie severă (cunoscută sub numele de „anemia minerilor"), datorată, pe de o parte, lăcomiei de sînge a acestor viermi și, pe de altă parte, secreților lor anticoagulante, grație cărora sîngele continuă să curgă din plăgile pe care le provoacă în mucoasa intestinală, chiar după ce ei se desprind.

Trichocefalii, cînd sînt în număr redus, nu produc anemie. Cînd sînt în număr mare, acționează prin componenta hemotoxică a toxinelor lor și pot produce o anemie la fel de severă ca aceea provocată de ankilostomide.

Și existența *Giardiei lambli* trebuie cercetată în cazuri de anemie. Ea acționează împiedicînd hrănirea bolnavilor prin fenomene de maldigestie și de malabsorbție.

Alergia cutanată și alergia respiratorie pot fi cauzate, foarte adeseori, de paraziți intestinali, în special de *Entamoeba histolytica, Blastocystis hominis* și, mai ales, de *Giardia lambli.* Acest fapt ne obligă să investigăm, prin analize coproparazitologice, prezența posibilă a paraziților sus-menționați în cazuri de *urticarie,* de *bronșită astmatiformă* și de alte manifestări alergice cutanate și respiratorii. Giardia poate provoca manifestări alergice și față de alte alergene. Doctorul Scott Halstead suferea de fenomene alergice la consumarea cărnii de porc. El avea giardioză. După eliminarea prin medicamente a giardiilor, alergia la carnea de porc a încetat să se mai producă, dar a reapărut cînd el s-a reinfestat, voluntar, cu chisturi de *Giardia.* V. Nitzulescu a observat un caz în care o fetiță nu se putea duce la munte din cauza alergiei respiratorii pe care i-o provoca mirosul de brad. Ea avea giardioză. După vindecarea parazitozei, alergia la mirosul de brad a dispărut.

Dureri abdominale, însoțite de tulburări digestive, pot fi produse de toate parazitozele intestinale. Ele nu sînt însă



caracteristice. Uneori pentru aceeași boală bolnavul acuză dureri, alteori nu. Uneori manifestă diaree, alteori constipație. Uneori are grețuri și chiar vărsături, alteori nu. În fascioloza hepatică durerile abdominale se produc în regiunea ficatului. În oxiuriază ele se produc de obicei în regiunea ombilicului. *Giardia lambli* poate produce dureri abdominale în regiunea apendiculară, dar uneori așa de intense, încît pot să simuleze o apendicită, pentru care bolnavul ajunge, în mod inutil, pe masa de operație.

După cum se știe oxiurii nu depun decît foarte rareori ouă în cavitatea intestinală. Ei își depun, în general, întregul lor pachet de ouă în afară, în jurul orificiului anal și ouăle lor trebuie căutate acolo, prin aplicarea de *scotch* (benzi de celofan lipicios), de care ouăle se lipesc. Pentru ouăle rare, care s-ar putea găsi în mucusul de pe pereții ultimei porțiuni a rectului, se poate utiliza și bagheta colodionată. Dar prezența oxiurilor se trădează prin *pruritul anal vesperal* pe care ei îl produc cînd își depun ouăle. Un alt semn care ne face să bănuim oxiuriaza la copii este *enurezisul* (urinarea, mai ales noaptea, în pat). El se datorește contracției sfincterelor anal și vezical, produsă de iritația provocată de oxiuri. La un moment dat, contractura mușchilor obosiți cedează și urmează o relaxare care duce la enurezis. Un alt semn care duce la bănuiala oxiuriazei este apariția, la fetițe, a unei *vulvovaginite.* Este provocată de pătrunderea în căile genitale de oxiuri ieșiți pentru a-și depune ouăle. Ei cară pe corpul lor microbi care produc vulvovaginita.

Rolul solului în răspîndirea unor parazitoze digestive

Măsuri de profilaxie și de combaterea acestora

DR. DOC. I. GHERMAN
SPITALUL CLINIC „FUNDENI"

În mediul rural se găsesc uneori întrunite o serie de condiții care favorizează o mai largă răspîndire, atît a unor boli microbiene, cît și a unor boli parazitare.

Printre bolile parazitare din această categorie, un loc mai important îl ocupă parazitozele digestive sau intestinale, reprezentate, în primul rînd, de *ascaridioză* și *trichocefaloză*.

Ascaridioza este o parazitoză destul de frecventă, mai ales printre copii, dar și printre adulți. Boala este provocată de ascarizi, paraziți cunoscuți în popor și sub numele de *limbrici*. Ascarizii se dezvoltă de regulă în intestin, au o formă cilindrică (de creion) și pot ajunge în lungime pînă la 20–30 cm sau chiar mai mult.

Prezența unui număr mai mic sau mai mare de paraziți în organismul omului se însoțește, de cele mai multe ori, de dureri abdominale, balonări, tulburări de tranzit intestinal, anemie, stări de oboseală și uneori diferite manifestări nervoase.

Bolnavii la care parazitii au ajuns pînă la maturitate vor elimina, odată cu materiile fecale, și ouăle paraziților pe care-i poartă în intestin. Or, atunci cînd latrinele care trebuie folosite în acest scop nu sînt corect amplasate și nu sînt nici igienic întreținute, o poluare a mediului înconjurător — și în special a solului din jurul acestora — este posibilă. La împrăștierea, în același timp, a ouălor de parazit pe sol pot contribui scurgerile rezultate din apele de ploaie, curenții de aer (vîntul), mușteleși mulți alți factori. În tot acest timp, pe care și-l petrec pe sol ouăle de ascarizi și trichocefali, neembrionate și neinfecțioase, așa cum au fost eliminate odată cu materiile fecale, devin între timp, în condițiile de mediu extern, embrionate și infecțioase ; astfel, în aceste parazitoze infestarea se va face prin asemenea ouă infecțioase, atunci cînd acestea ajung în organismul omului, pe cale bucală, prin intermediul mîinilor neîngrijite sau prin intermediul alimentelor neprotejate și mai ales a fructelor și zarzavaturilor contaminate și nespălate. Un mijloc destul de frecvent de contaminare a legumelor și zarzavaturilor îl constituie și folosirea dejecțiilor netratate ale omului, ca îngrășămînt, în grădinile în care se cultivă acestea.

Și în cazul unor parazitoze mai rare, ca *teniazele* (date de *Taenia solium* sau de *Taenia saginata*), o poluare a solului și o răspîndire în mediul exterior a ouălor celor două tenii se poate realiza într-un mod asemănător. Ouăle paraziților din această categorie nu sînt infestante pentru om, ci numai pentru animale (porci, vite). Animalele la care acești paraziți evoluează numai pînă la stadiul de larvă dețin astfel, în aceste cazuri, un rol de gazdă-intermediară.

Omul se va infesta — adică va contracta parazitoza — ingerînd carnea insuficient fiartă sau prăjită, provenită de la asemenea animale.

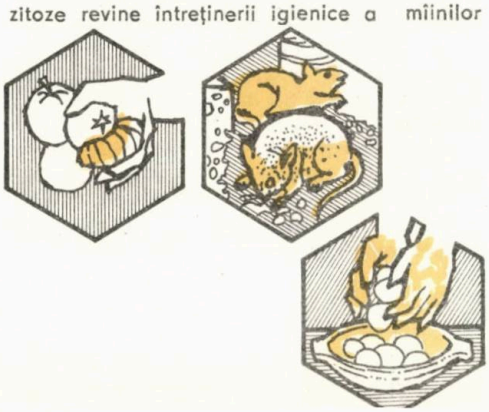
În alte două parazitoze — și încă din cele mai frecvente — cum sînt *giardioza* și *oxiuriaza*, transmiterea se poate face direct de la om la om, fără o evoluție pe sol și fără intervenția unor gazde-intermediare. Dar și în

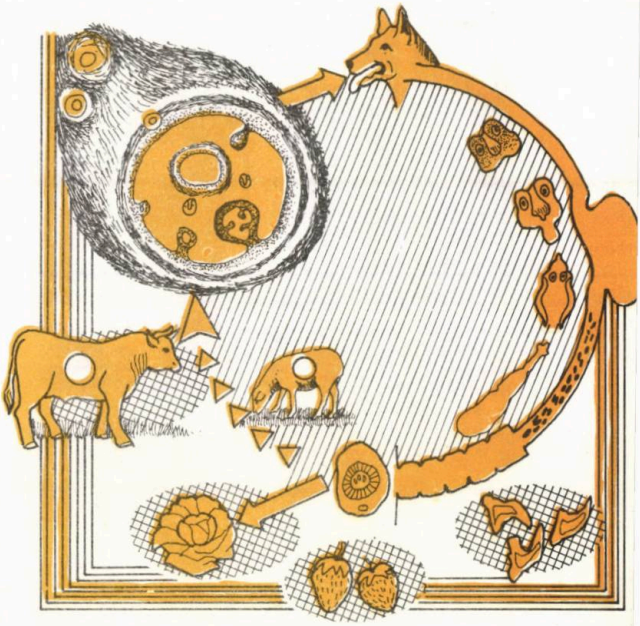
aceste parazitoze, formele infecțioase ale paraziților ce le determină (chisturile de *Giardia-lamblia* sau ouăle de oxiuri) pot ajunge într-un mod sau altul pe sol și apoi, prin aceleași căi (mîini nespălate, fructe și zarzavaturi contaminate), și-n organismul omului.

Din aceste cîteva date prezentate rezultă, în mod evident, rolul pe care-l deține poluarea solului în răspîndirea principalelor parazitoze digestive.

Așa se explică faptul că în profilaxia și combaterea acestor parazitoze un loc important va reveni, pe lîngă altele, protejării mediului înconjurător. În acest scop o asemenea acțiune trebuie să înceapă cu depistarea tuturor celor parazitați, în vederea unui tratament eficient și care să nu ducă la o și mai mare poluare a solului. Medicamentele pe care le putem folosi astăzi în tratamentul ascaridiozei *(Decaris* sau *Nematocton)*, oxiuriazei *(Vermigal)*, teniazei *(Niclosamid)* sau al giardiozei *(Metronidazol* sau *Fasigyn)* sînt eficiente — și încă într-un tratament de scurtă durată (1–2 zile). Cei parazitați — și cu atît mai mult cei supuși tratamentului recomandat de medic — vor trebui să folosească corect latrinele, pentru că, prin formele infecțioase ce le elimină în urma tratamentului, să nu contribuie, așa cum subliniam mai sus, la o și mai largă contaminare a solului și a mediului extern, în general. În acest scop, latrinele vor fi corect amplasate, dezinfectate, dezinsectizate periodic și întreținute în mod igienic. Dejecțiile din latrine nu vor fi folosite ca îngrășămînt în grădinile de zarzavaturi, înainte de a fi inactivate.

Întrucît de pe pămîntul eventual contaminat chisturile sau ouăle infecțioase ale paraziților pot frecvent ajunge pe mîinile noastre, un rol important în profilaxia acestor parazitoze revine întreținerii igienice a mîinilor





Păstrarea curată a mîinilor, prin spălarea lor regulată — și în special prin spălarea înainte de a ne așeza la masă — devine în cazul unor boli ca acestea, considerate și ca „boli ale mîinilor murdare", o regulă de igienă individuală absolut obligatorie.

De asemenea, așa după cum am văzut, chisturile și ouăle paraziților de pe pămîntul poluat pot ajunge pe diferite căi, pe alimentele neprotejate, dar mai ales pe fructe, legume sau zarzavaturi. De aceea, în profilaxia parazitozelor digestive se recomandă punerea la adăpost a alimentelor de eventuala lor contaminare și spălarea cu insistență a zarzavaturilor și fructelor, înainte ca acestea să fie consumate.

O atenție deosebită va trebui acordată consumului de carne. Carnea de vită sau cea de porc va fi consumată numai după ce a fost *foarte bine fiartă sau friptă.*

Respectînd toate aceste măsuri și recomandări putem să prevenim îmbolnăvirile, atît prin unele boli parazitare, cît și prin diferite alte boli microbiene, destul de grave, care, nu de puține ori, ne pun în pericol chiar viața.

Ghiță Spiriduș și tenia

PROF. DR. **V. NITZULESCU**

Chiță Spiriduș, eroul povestirii noastre, este un băiat de vreo 14 ani. Este galben-pămîntiu la față, slab, cu umerii obrajilor ieșiți în afară. Ochii săi sînt înconjurați de cearcăne brune. Nu este un băiat prost. Dimpotrivă, dacă ar fi să ne luăm după felul în care își trecuse primele clase, am zice că e chiar deștept. Încet, încet, el a devenit însă tot mai leneș, mai greoi la minte și mai morocănos. Ai fi zis că îl roade ceva înăuntru. Dar ce putea să-l roadă pe un băietan care încă nu a intrat în luptă cu greutățile vieții ? !

Într-o dimineață, el a avut, colac peste pupăză, o mare supărare și, în același timp, o mare spaimă. Pricina e cam greu de povestit. Totuși, îndrăznim să o facem. În definitiv este vorba de lucruri firești, la care toate ființele trebuie să se supună. Așadar, ducîndu-se el, cum se zice, „în poiană", a observat cu spaimă că din el iese un vierme lung cam de doi metri. Avea forma unei panglici albe-gălbui. Era lată ca de un centimetru și alcătuită din numeroase segmente puse cap la cap. Ce putea să fie asta ? Era el bolnav ?

Primul său gînd a fost să se ducă la medic și să-l întrebe. Medicul era un om tare cumsecade, învățat și doritor de bine. Dar pe Spiriduș îl împiedica simțul rușinii. Cum să vorbească el de „așa ceva", despre ce ieșise din el în acele împrejurări de care nu se prea vorbește și, cu atît mai mult, cu cît își dădea seama că el nesocotise sfatul pe care, nu de mult, i-l dăduse atît învățătorul, cît și chiar doctorul, de a nu-și mai face nevoile în curte, în dosul casei, atunci cînd avea, alipită de casă, o latrină (dar, s-o mărturisim, cam rău întreținută). El îl văzuse pe tatăl său că făcea același lucru, ceea ce, e drept, ușura vina lui, căci, așa cum se întîmplă de cele mai multe ori, exemplul cel rău învinge sfatul cel bun.

...Și totuși, dacă era bolnav, trebuia să se ducă la doctor și să ceară un leac.

Pînă la urmă s-a hotărît. Se va duce. Iată-l dar ajuns la spital, unde medicul tocmai își terminase consultațiile și stătea acum în grădină, fumînd o țigară. Cum l-a văzut, l-a și întrebat :

— Ce faci, Spiriduș ? Ai vreo durere ?

Această întrebare i-a dat curaj. Dar îi venea greu să înceapă. Durere nu avea, dar avea o nedumerire. Ce putea fi dihania aia pe care o scosese din el și care mișca în borcanul în care era pusă ? ! Fără să zică nimic, Spiriduș întinse doctorului borcanul. Acesta îl luă, se uită o clipă lă el și spuse :

— A ! Asta e o panglică. De unde o ai ? Cine a scos-o ?

— E a mea, — răspunse Spiriduș. — A ieșit din mine azi dimineață. E ceva periculos ?

Doctorul zîmbi, iar Spiriduș se simți ușurat că doctorul nu îl întrebase cum și unde a scos-o.

— Să vedem întîi dacă e scoasă în întregime.

— Cum adică ?

— Panglica este alcătuită dintr-un cap mititel, cît o gămălie de bold, căruia îi urmează un mare număr de segmente, înșiruite unul după altul. Văd aici un mare număr de segmente, dar capul o fi și el ? Pentru că, dacă nu ai scos capul, panglica se reface.

Zicînd acestea, doctorul luă borcanul și intră, însoțit de Spiriduș, în laborator. Aici deșertă panglica într-o tavă neagră, pe care viermele alb se vedea cu ușurință. Nu erau decît segmente. Nici vorbă de cap.

— *Va să zică a rămas o bucată încă în mine ?*

— *A rămas încă mult din ea, Spiriduș. O panglică are 5—6 metri. Bucata pe care ai adus-o e de la sfîrșitul lanțului. Este tocmai bucata care conține ouăle viermelui. Ia să-ți arăt cum se prezintă o panglică în întregime.*

Și doctorul îi arătă un borcan lung în care, pe o placă de sticlă, era depănată, de jur-împrejur, o tenie de circa 6 metri. Spre unul din capete segmentele erau tot mai subțiri, ajungînd ca un firișor subțire, terminat la capăt cu o mică umflătură, ca o gămălie de bold.

— *Acesta este capul ?*

— *Da, acesta este capul. Poate vrei să-l vezi mai de aproape cum este alcătuit. Iată aci o preparație, pe care o vom pune la un aparat care mărește, la microscop, unde vei putea distinge și cele mai mici amănunte.*

Și Spiriduș văzu că acea broboniță avea patru scufundături așezate în cruce, iar în mijlocul lor, în creștet, era o mică ridicătură pe care erau implantate niște cîrlige, ca razele unei stele.

— *Vezi acele mici adînciturî ? Sînt ventuzele. Cu ajutorul lor panglica se prinde de intestin, întocmai ca și lipitoarea cu ventuzele sale. După înfățișarea capului putem recunoaște panglica cu care avem de-a face. Omul poate găzdui trei feluri deosebite de panglici mari. Dacă la cap are patru ventuze și, în plus, și rozeta de cîrlige care îi alcătuiesc o coroană, atunci zicem că e vorba de* Taenia solium. *Dacă lipsește coroana de cîrlige, e vorba de* Taenia saginata. *A treia panglică nu are nici ventuze, nici cîrlige și posedă un cap alungit, turtit, și în lung două despicături : una în dreapta, alta în stînga. Atunci e panglica pe care o luăm de la pește și care se numește* Botriocefal. *Capul este prima porțiune a viermelui. Cînd este introdusă în intestin, tenia nu are mai mult decît capul. Acesta se prinde de intestin cu ventuzele sale sau cu botridiile, după cum este cazul, și începe să crească, formînd mereu segmente : 1, 2, 3, 4, 100, 1 000 sau și mai multe. O panglică crește necontenit prin capul ei. Uneori, bucăți mari din ea se rup în intestin — așa cum s-a întîmplat în cazul tău — și partea care este astfel despărțită de cap e aruncată afară. Dar capul continuă să producă noi segmente și viermele crește la loc, mărindu-se cam cu 7 centimetri pe zi.* La Taenia solium *ruperea unei bucăți atît de lungi se întîmplă foarte rar. Se întîmplă mai deseori* la Taenia saginata *și încă și mai adesea* la Botriocefal. *Dacă tenia crește cu 7 centimetri pe zi, continuă doctorul, — înseamnă că ar putea ajunge la o lungime peste măsură de mare. Fă și tu socoteala. Asta înseamnă 2 metri pe lună și 24 de metri pe an. Dacă tenia trăiește 4—5 ani înseamnă că ar. putea ajunge la 100—150 de metri.*

Spiriduș începu a se îngălbeni încă și mai mult decît era.

— *Nu te speria ! Asta nu se întîmplă niciodată pentru că, de la o vreme, cînd panglica a ajuns la dezvoltare completă, ea începe să piardă ultimele segmente, pe măsură ce altele noi se formează. Ce curioasă ființă este o panglică ! În realitate, o panglică nu este numai o singură ființă. Vezi tu, fiecare bucățică a ei, fiecare segment reprezintă de fapt o ființă independentă și panglica ar putea fi, cu drept cuvînt, socotită ca o colonie de ființe așezate în șir. Aceste numeroase ființe s-au născut pe rînd. Nu unul din altul ci, după cum ți-am spus adineaori, toate au fost formate, rînd pe rînd, de către cap. Segmentul cel mai aproape de cap este cel mai nou și deci cel mai tînăr. Vîrsta lui nu e mai mare de o zi, deși face parte dintr-un vierme bătrîn de cîțiva ani. Segmentele cele mai depărtate de cap sînt cele mai vechi, deci cele mai bătrîne. Ele au trecut prin toate fazele vieții. Au fost întîi tinere, apoi adulte — dotate cu toate organele necesare*

reproducerii — şi, în sfîrşit, au devenit segmente îmbătrînite, care şi-au pierdut organele vieţii adulte şi au rămas ca nişte adevărate depozite de ouă. Aceste segmente bătrîne se desprind de la sine din lanţul de segmente al panglicii şi vor fi îndepărtate din organismul nostru odată cu materiile fecale. De acum înainte, pe măsură ce segmente noi vor fi formate de către capul panglicii, cele de tot bătrîne se vor desprinde şi vor fi îndepărtate. În felul acesta, de la o vreme tenia nu va mai putea creşte în lungime.

O tenie este ca şi un tren compus din numeroase vagoane, toate sub dependenţa capului, în care se găsesc centrii nervoşi care trimit în tot lungul coloniei cordoane nervoase, pe care le-am putea compara cu frînele trenului. Şi cum trenul are vagoane de diferite clase şi la tenie se găsesc segmente de diferite vîrste : tinere, adulte şi bătrîne.

— Deci şi la mine au fost aruncate necontenit segmente de tenie. Eu nu am văzut pînă acum aşa ceva !

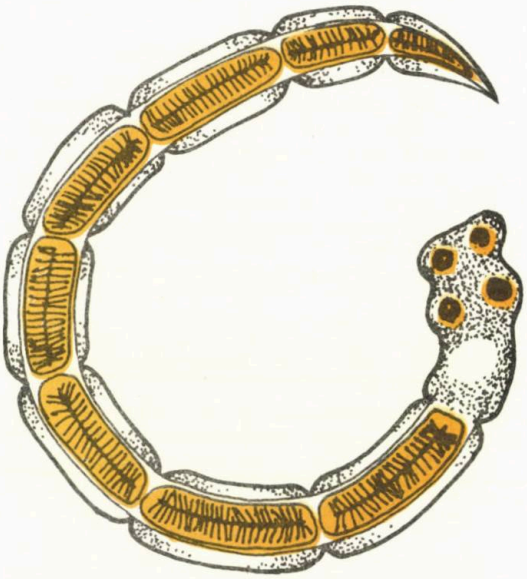
— Poate că nu le-ai luat în seamă. Oamenii nu au obiceiul să se uite la ce elimină şi fac o mare greşeală. Dar de scos e sigur că ai scos asemenea segmente purtătoare de panglică.

Şi doctorul continuă :

— Dar ia să vedem acum ce fel de tenie este aceasta. Ţi-am spus adineaori cum recunoaştem panglicile după cap. Aici capul lipseşte. Să vedem dacă nu le putem recunoaşte şi după ultimele segmente — cele pline de ouă.

Şi doctorul tăie din lanţul de segmente ultimul, care era şi cel mai lung, şi îl puse între două lame de sticlă, îl privi cu atenţie şi-l arătă apoi lui Spiriduş.

— Vezi, — spuse el, — în segmentul acesta bătrîn se găsesc ouăle. Ele sînt îngrămădite în nişte canale dispuse sub forma unui ax median în lung, pe mijlocul segmentului, şi din acest ax median ies pe lături ramificaţii laterale, ca nişte buchete. După numărul de buchete laterale îţi pot spune ce panglică e aceasta. Dacă ele ar fi fost foarte numeroase de fiecare parte, ar fi fost vorba de Taenia saginata. Dacă ele nu sînt mai mult de 10 de fiecare parte a axului, este vorba de Taenia solium. Să le numărăm. De o parte sînt 7. De cealaltă sînt 8. Deci, şi de o parte şi de alta sînt mai puţin de 10. Asta înseamnă că avem de-a face cu Taenia solium, aceea care are la cap coroana de cîrliguţe. Şi acum cînd ştim ce fel de tenie este aceasta, îţi pot spune şi cum ai căpătat-o. Ai căpătat-o din carnea de porc.



— Eu am mîncat de multe ori carne de porc. Noi avem întotdeauna cîte un porc, doi, şi anul trecut, la Anul Nou, am tăiat unul de 100 de kilograme. Dar niciodată nu am văzut în carne o asemenea panglică !

— Iată, am să-ţi spun toată povestea teniei. Ai văzut segmentele acestea cu canalele lor pline cu ouă ? Hai să le vedem mai de aproape.

Şi doctorul, cu două ace, sparse unul din segmente. Din el ieşiră o puzderie de punctişoare mici, albe. Erau ouăle teniei. Doctorul luă o lupă de pe masă şi i-o întinse lui Spiriduş.

— Priveşte această sumedenie de punctişoare. Sînt mii şi mii de ouă. Sînt foarte primejdioase. Nu trebuie să te atingi de ele ; dacă totuşi ai luat în mînă segmente bătrîne de tenie, trebuie să te speli bine pe mîini, cu apă şi săpun. Ei bine, tu ai scos multe segmente de tenie, împreună cu materiile fecale. La fiecare cîteva zile ai scos cîteva, pe care nu le-ai observat. Dar unde ţi-ai făcut tu necesităţile ? Poate că undeva, în fundul curţii. Închipuieşte-ţi că prin locul acela a scurmat un porc şi că a introdus în gură, odată cu materii fecale, şi segmente bătrîne de tenie, cu ouăle din ele. El a introdus în stomac sute de mii de asemenea ouă de panglică. În fiecare ou se găsea un pui de panglică. Forma lui e cu totul deosebită de aceea a teniei. Este ca o sferă, înarmată cu 6 cîrlige. Îndată ce oul ajunge în stomacul porcului, coaja lui se topeşte şi puiul de tenie e pus în libertate. El va străbate, cu ajutorul celor 6 cîrlige, peretele intestinului şi, cum e foarte mic, va pătrunde în vasele de sînge ale

porcului şi va circula, odată cu sîngele, în tot corpul lui. La un moment dat se opreşte într-un muşchi sau într-un organ oarecare. Acolo începe să crească şi capătă înfăţişarea unei băşicuţe în care se formează un muguraş. Dacă ne uităm bine, ne dăm seama că muguraşul este un cap de Taenia solium, ca acela pe care ţi l-am arătat adineaori. Băşicuţele acestea din muşchii porcului se numesc în popor „măzăriche". Noi le zicem „cisticerci".

— Va să zică, măzărichea sau cisticercul este puiul de tenie ?

— Da, este puiul de tenie, dezvoltat în carne. Dacă omul mănîncă muşchi de porc împănaţi cu măzăriche el va introduce în tubul său digestiv o sumedenie de capete de tenie. Dintre acestea, unul sau chiar mai multe vor ieşi din vezicula lor şi vor începe să producă segmente de tenie. În felul acesta se formează tenia adultă. Aşadar, în felul ăsta te-ai infectat şi tu. Ai mîncat carne de porc cu măzăriche. Dacă tatăl tău ar fi arătat carnea medicului veterinar, el i-ar fi dat sfaturi folositoare. V-ar fi spus că trebuie să fierbeţi sau să frigeţi bine acea carne. Să nu o mîncaţi friptă numai „în sînge". Bucata de carne trebuie să se albească pînă în mijlocul ei. Numai atunci se poate spune că a ajuns, pînă în mijloc, la căldura de peste 70 de grade, ceea ce ar fi de ajuns ca să omoare toţi cisticercii care s-ar afla în ea.

— Dacă ştiam, nu mai mîncam carne de porc deloc !

— De ce ? Dacă ştii să o frigi sau să o fierbi destul, nu mai este primejdioasă. Dealtfel şi carnea de vacă poate să aibă în ea aceeaşi primejdie. Poate şi ea să aibă pui de tenie, dar de altă specie : Taenia saginata. Cisticercii la vite sînt uneori mai mici şi mai greu de recunoscut de către gospodine. De aceea ar fi bine, chiar dacă nu vedem în carnea de vită cisticerci, să nu o consumăm decît bine fiartă sau friptă. Cum ţi-am spus, trebuie să se albească pînă la mijlocul ei. Numai aşa ne ferim de aceşti paraziţi intestinali.

— Cum, paraziţi intestinali ?

— Aşa se numesc animalele care trăiesc şi se hrănesc în intestinul altor animale. Panglica — fie că e Taenia solium, fie că e Taenia saginata — este un parazit intestinal. Ea se hrăneşte în intestinul omului cu hrana pe care omul o introduce pentru sine însuşi. Omul introduce în stomacul său hrană. O digeră şi produsul de digestie trece prin pereţii intestinului în sînge, pentru a ne da puteri noi de luptă în viaţă. Panglica din intestin fură această hrană pregătită pentru noi şi ne lasă ca şi flămînzi. De aceea oamenii care găzduiesc paraziţii intestinali (panglică, limbrici sau alţi viermi paraziţi) sînt în general slăbiţi, aşa cum eşti acuma şi tu.

— Dar eu mănînc destul de bine !

— Se poate, dar nu mănînci numai pentru tine, ci şi pentru panglica pe care o găzduieşti. Şi încă dacă rolul dăunător al panglicii s-ar mărgini la atît ! Dar panglica are şi o altă putinţă de a ne face rău.

— Ce mai poate face, tovarăşe doctor ?

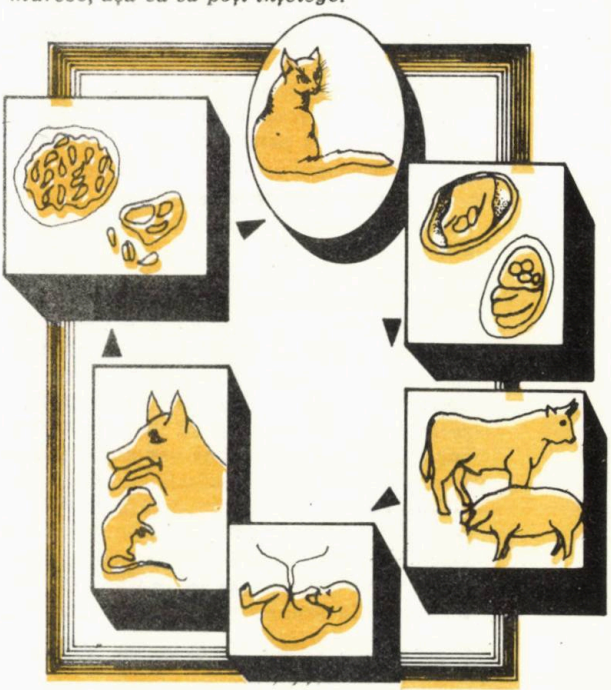
— Ea produce neîncetat otrăvuri pe care le varsă în intestinul nostru. Aceste otrăvuri se absorb şi ne slăbesc din ce în ce mai mult. Îmi spunea de tine învăţătorul, nu mai ştiu cum veni vorba, că ai devenit în timpul din urmă foarte greoi la învăţătură şi-i părea rău de asta. Acum înţeleg bine. Tu eşti sub puterea neîntreruptă a otrăvurilor teniei pe care o găzduieşti.

— N-aş mai fi avut-o ! — zise Spiriduş cu obidă.

— Ai dreptate, Spiriduş, şi cu atît mai mult cu cît Taenia solium, aceea pe care o găzduieşti, este cea mai primejdioasă !

— Cea mai primejdioasă ? De ce, tovarăşe doctor ? — întrebă Spiriduş, cu o vădită îngrijorare.

— Ai văzut cum l-au dus alaltăieri la groapă pe Dinu ? Ce om voinic fusese şi ce îl mai plîngea maică-sa ! Ei bine, boala de care a murit a fost tocmai asta. Bietul om găzduise, fără să ne fi spus la timp şi fără să o ştie, o Taenia solium, şi aceasta i-a dat cisticerci la creier. Iată, să te lămuresc, aşa ca să poţi înţelege.



Se poate întîmpla oricui, care găzduieşte Taenia solium. *Uneori, dacă cineva are tulburări digestive conţinutul intestinal poate fi adus în stomac prin ceea ce se numeşte o „regurgitaţie". Dacă în acest conţinut se găseşte şi unul sau mai multe segmente de* Taenia solium *bătrîne şi desprinse de lanţul teniei, acele segmente aduc mii şi mii de ouă ale teniei în stomac. Segmentele sînt digerate, precum şi cojile ouălelor, iar puii de tenie din ouă se reîntorc în intestin, trec prin pereţii intestinului şi se transformă în cisticerci şi la om, aşa cum, de obicei, o fac la porc. Şi, din nenorocire, la om cisticercii se aşază foarte deseori în ochi sau în creier. Dacă bietul Dinu ar fi luat din vreme măsuri să îndepărteze tenia, scăpa de pacostea asta şi nu rămînea pe drumuri biata maică-sa.*

— Dar acela care a avut nenorocul să capete o asemenea tenie se mai poate el vindeca ? — întreabă Spiriduş, cu totul înfricoşat.

— Bineînţeles că da, dacă, aşa cum ai făcut tu, se duce la doctor. Există mai multe leacuri care pot scoate tenia. Uite, îţi dau acum o „curăţenie". S-o iei deseară, iar mîine dimineaţă vino la spital la mine, să-ţi dau doctoria trebuincioasă. Fă aşa ca să poţi rămîne cîteva ore la mine, adică pînă vei scoate toată panglica.

— Dar n-ar fi mai bine ca să iau doctoria singur, acasă, aşa cum iau şi „curăţenia" ?

— Nu, Spiriduş, n-ar fi mai bine şi o să-ţi spun de ce. Dar mai înainte răspunde-mi tu ce ai de gînd să faci cu panglica, dacă o vei scoate acasă ?

Spiriduş rămase puţin pe gînduri. Ce rost putea să aibă această întrebare ? Ce ar fi putut el face cu panglica decît s-o arunce ?

După oarecare ezitare el răspunse :

— O voi duce departe de casă şi o s-o arunc acolo, ca să n-o poată mînca porcii noştri.

— Văd că ai urmărit bine cele ce ţi-am spus adineaori şi că îţi dai seama de răul ce ţi-ai face ţie însuţi dacă porcii voştri ar mînca panglica eliminată. Dar nu-ţi dai seama că oriunde ai arunca-o, oricît de departe, panglica aruncată reprezintă o primejdie ? Că ouăle ei se vor răspîndi în natură, luate de ploi, şi că vor putea ajunge la alţi porci ? Tu te gîndeşti numai la porcii din curtea voastră, pe care vrei să-i fereşti de infectare. Dar nu numai pe porcii voştri trebuie să-i aperi de infectare, ci pe porcii tuturora şi chiar în propriul tău interes. Ia închipuieşte-ţi că tu însuţi sau rudele tale veţi fi invitaţi mîine la un ospăţ la care s-ar servi carne de porc cu cisticerci, porc la a cărui infectare ai putut contribui şi tu prin imprudenţa de a arunca undeva, pe pămînt, o tenie plină cu ouă infecţioase. Nu vei fi tu însuţi vinovat de îmbolnăvirea tuturor celor care vor fi mîncat din acea carne ? Şi apoi însăşi luarea în mînă a unei Taenia solium, *plină de ouă, pentru a o arunca undeva, este o acţiune primejdioasă, în care te poţi infecta cu ouă de tenie. Acest act trebuie îndeplinit de personalul sanitar, care ştie cum să se ferească de infecţie. Înainte de a fi aruncată tenia eliminată trebuie să fie fiartă o jumătate de oră, pentru a se omorî toate ouăle pe care le conţine. Iată de ce trebuie ca să scoţi tenia chiar aici, în spitalul nostru. Vei aştepta la noi pînă cînd medicamentele ce îţi voi da îşi vor fi făcut efectul. Vei elimina panglica într-un vas pe care ţi-l vom da noi şi personalul nostru se va îngriji de distrugerea ouălor ei.*

— Şi spuneţi, tovarăşe doctor, să vin chiar mîine ?

— Fără îndoială ! Fiecare zi de întîrziere este o primejdie mai mult şi pentru tine şi pentru alţii.

Spiriduş rămase o clipă tăcut. Ideea aceasta de a lua medicamentul în spital nu-i prea venea la socoteală. Dar îşi dădea seama că doctorul are dreptate. Era prea mare primejdia. Bietul Dinu...

După cîteva clipe răspunse hotărît :

— Mulţumesc mult, tovarăşe doctor, pentru tot ce am învăţat azi de la dumneavoastră şi pentru sfaturile bune pe care mi le-aţi dat.

— Bravo, Spiriduş. Eşti un băiat vrednic şi înţelegător. Te aştept mîine dimineaţă, la ora 8. Deseară mănîncă mai puţin şi numai lichide, supă şi ceai, şi o felie de pîine, şi nu uita „curăţenia" pe care ţi-am dat-o. Dar te mai rog ceva : spune şi părinţilor tăi să vină numaidecît să stea de vorbă cu mine. E foarte probabil că şi ei au tenie, deoarece au mîncat, împreună cu tine, din aceeaşi carne de porc. Trebuie să ne convingem de asta pentru că, în cazul acesta, trebuie şi ei să fie neapărat trataţi cît nu e încă prea tîrziu şi trebuie să le dau şi lor, cum trebuie să-ţi mai dau şi ţie, cîteva sfaturi folositoare, despre cum se capătă paraziţii intestinali.

Spiriduş mulţumi încă o dată şi, hotărît a veni în dimineaţa următoare la tratament, plecă spre casă uşurat, parcă i s-ar fi luat o piatră de pe inimă.

FRACTURILE

Ce este fractura ?

„Fractura" — întreruperea continuităţii unui os — a devenit un termen banal, utilizat în vorbirea zilnică şi care aproape nu mai are nevoie de definiţie. Un copil a căzut dintr-un pom şi şi-a *fracturat* antebraţul, un pieton a fost lovit de bara parașoc a unui automobil şi a făcut o *fractură* deschisă de gambă, un biciclist s-a răsturnat şi şi-a *fracturat* clavicula, un automobilist a fost aruncat din maşină în momentul accidentului şi a făcut o *fractură* de coloană etc., etc., etc. De cele mai multe ori folosim acest cuvînt fără să ne gîndim ce forţe importante trebuie să acţioneze pentru a se produce o fractură, fără să intuim ce răsunet are ea asupra întregului organism, ce mijloace multiple şi variate trebuie să mobilizeze acesta pentru a o repara şi cît de importantă este intervenţia medicului specialist pentru ca vindecarea să se facă în condiţii optime.

Formarea şi dezvoltarea scheletului

Pe parcursul îndelungatei dezvoltări a materiei vii, nevoia de izolare faţă de agresiunile mediului extern a dus la apariţia unui „schelet" extern, a acelei „platoşe" de apărare pe care o au unele insecte şi crustaceele. Perfecţionarea din ce în ce mai accentuată a structurilor interne cît şi a manifestărilor exterioare ale acestor fiinţe vii a impus apariţia unui sistem intern de susţinere — a scheletului —, care s-a dezvoltat, modificat, adaptat, pînă a ajuns la complexitatea structurală şi funcţională pe care o are la om.

Osul — componenta de bază a scheletului — este caracterizat în primul rînd prin rezistenţa sa. Această rezistenţă îi este conferită de prezenţa sărurilor minerale, în special a calciului şi a fosforului, care se depun sub formă de cristale (de hidroxiapatită) pe matricea proteică a osului.

Rezistenţa osului este legată şi de o anumită arhitectură interioară, determinată de solicitările exterioare la care el este supus. Osul are deci o „structură funcţională" care-l face capabil să reziste la acţiunea unor forţe de valori considerabile.

Scheletul în totalitatea lui determină forma, proporţiile şi dimensiunile corpului omenesc. El serveşte drept tutore părţilor moi şi, prin intermediul muşchilor, acţionează ca nişte braţe de pîrghie, mobilizînd articulaţiile (încheieturile), ceea ce face posibilă mişcarea, munca, viaţa zilnică.

La o privire superficială osul apare ca un organ inert. În realitate, sub masca unei forme constante, el este în continuă reînnoire. Permanent porţiuni din os sînt distruse şi reconstruite în concordanţă cu solicitările cărora el trebuie să le facă faţă. Ca orişice organ, osul are vasele, nervii, metabolismul (viaţa) său propriu, supus influenţelor integratoare ale sistemului neuroendocrin.

Fractura vine şi tulbură desfăşurarea normală, echilibrată, integrată în întreaga activitate a organismului, a funcţiei unui os.

Cum se produce o fractură

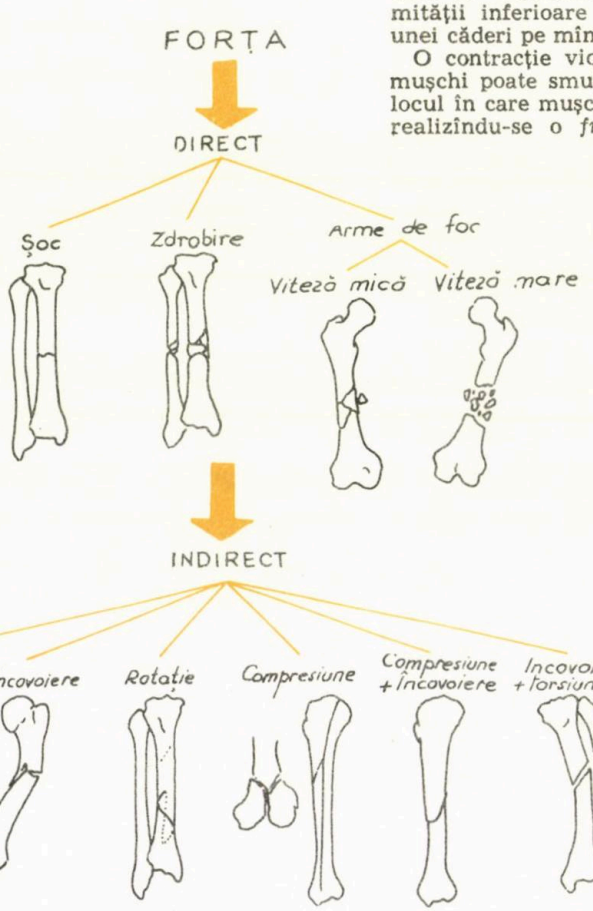
Agentul vulnerant *poate acţiona direct* (fig. 1) asupra osului, în special asupra acelora care sînt situate superficial, imediat sub piele. Fractura are loc în regiunea în care a acţionat traumatismul (fractura metatarsienelor provocată de căderea unei greutăţi pe picior, fractura cubitusului prin aplicarea unei lovituri de baston pe antebraţul ridicat pentru apărare etc., etc.). De multe ori, înainte de a rupe osul, agentul vulnerant produce o rană a ţesuturilor moi pe care le întîlneşte în cale, determinînd apariţia „fracturii deschise" (fractura ce comunică cu exteriorul prin rana cutanată).

Tot o fractură prin mecanism direct este şi cea produsă prin armele de foc. În func-

ţie de viteza proiectilului, distrugerile osoase sînt mai mult sau mai puţin importante (fig. 1). Leziunile părţilor moi sînt adesea foarte grave.

Alteori agentul vulnerant acţionează la extremitatea unui os, imprimîndu-i anu-

Fig. 1.



mite mişcări şi rupîndu-l la distanţă de locul de aplicare al forţei. În aceste cazuri agentul vulnerant acţionează indirect (fig. 1). Dacă forţa vulnerantă acţionează la extremitatea unui os, în timp ce extremitatea opusă este fixată, şi îi imprimă acestuia o tendinţă de îndoire (încovoiere, flexie), fractura se produce în zona de maximă curbură a osului (un biciclist care cade pe umăr îşi fracturează clavicula prin mecanismul indirect de îndoire).

Dacă o forţă de rotaţie este aplicată la extremitatea unui os, acesta se poate rupe printr-un mecanism indirect (de răsucire), după un traiect spiroid. Un fotbalist sau un schior care îşi răsuceşte corpul brusc, în timp ce piciorul este fixat (pe sol sau pe ski), poate face o fractură spiroidă de femur sau tibie.

Dacă un cilindru uniform, confecţionat dintr-un material omogen, este comprimat în lungul axului său (fig. 2), el se va rupe după un plan liniar oblic cu aproximativ 45% faţă de orizontală. Acest mecanism indirect de compresiune poate fi aplicat şi unui os — de exemplu o fractură a extremităţii inferioare a radiusului, în cursul unei căderi pe mînă.

O contracţie violentă şi brutală a unui muşchi poate smulge o porţiune din os la locul în care muşchiul se prinde de acesta, realizîndu-se o *fractură prin tracţiune*

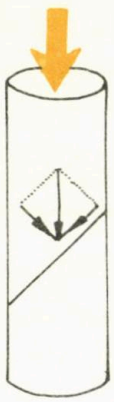


Fig. 2.

(fig. 1). Încercînd să se redreseze, ca să nu cadă, un sportiv poate să facă o fractură a rotulei prin contracţia violentă a muşchiului de pe faţa anterioară a coapsei (cvadriceps).

De cele mai multe ori intervin mai multe mecanisme indirecte (compresiune şi încovoiere, răsucire, încovoiere şi compresiune) sau mecanisme directe şi indirecte (lovitura directă şi contracţia musculară reflexă) în producerea unei fracturi. Forţe considerabile trebuie să se dezvolte pentru a învinge rezistenţa osului. S-a calculat că osul supus la compresiune rezistă de 4—5 ori mai mult decît calcarul şi de 2—3 ori mai mult decît granitul, ajungînd la rezistenţa fierului forjat. Deşi la tracţiune osul are o rezistenţă mai mică, o atinge totuşi pe cea a fontei. Cercetări experi-

mentale au demonstrat că osul rezistă la compresiune sau încovoiere la o forță medie de 16 kg/mm^2, la tracțiune la o forță de 11 kg/mm^2, iar la torsiune la o forță de 6 kg/mm^2. În realitate forțele necesare pentru a produce o fractură sînt și mai mari, căci mușchiul contractat face corp comun cu osul și reacționează solidar la traumatism, preluînd o parte din forțele vulnerante ce se exercită asupra țesutului osos.

Tipuri de fracturi

În funcție de forța cu care acționează și de rezistența țesutului osos, agentul vulnerant poate determina o ruptură incompletă a osului sau, dimpotrivă, o fractură completă, cu deplasarea fragmentelor.

La apariția deplasărilor fragmentelor osoase contribuie, pe lîngă acțiunea agentului vulnerant, și contractura musculară reflexă. Fragmentele se pot încăleca, realizînd o scurtare a segmentului de membru, se pot unghiula, deformînd segmentul respectiv, sau se pot rota unul față de celălalt (fig. 3). De cele mai multe ori aceste deplasări sînt asociate.

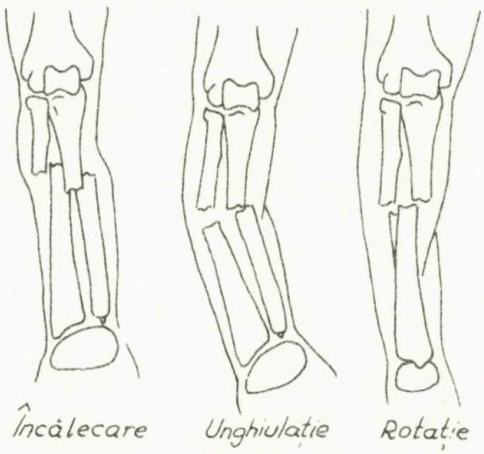


Fig. 3.

În deplasarea lor, fragmentele osoase pot produce leziuni ale țesuturilor înconjurătoare, de la rupturi musculare pînă la comprimări sau rupturi ale vaselor și nervilor (fig. 4).

Cum se manifestă o fractură

Producerea unei fracturi este însoțită de o durere intensă, vie, cu o localizare precisă, „în punct fix". Ea se exacerbează (se accentuează) la orice mobilizare a membrului afectat și se ușurează dacă acesta este imobilizat. Prezența durerii face ca membrul respectiv să nu poată fi utilizat, să existe o „impotență funcțională". Regiunea fracturată este deformată, tume-

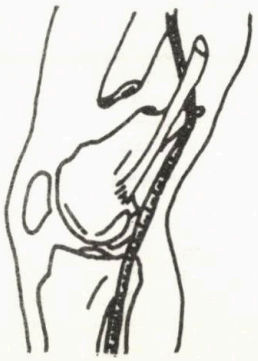


Fig. 4.

fiată, scurtată și, după cîteva ore pînă la cîteva zile, apare o echimoză (vînătaie) care traduce prezența sîngelui infiltrat în țesuturi. La locul fracturii se produc mișcări anormale, care sînt dureroase și se însoțesc de un zgomot și o senzație de frecătură aspră (crepitație osoasă), determinate de frecarea fragmentelor osoase între ele.

Fractura are și un răsunet general, asupra întregului organism, răsunet cu atît mai important cu cît fragmentul osos fracturat este mai mare (de exemplu fractura de bazin, de femur) sau cînd se asociază un număr mai mare de fracturi (polifracturi). Fracturatul intră în șoc, care este agravat de eventuala asociere a unei hemoragii importante.

Efectuarea unor radiografii ale regiunii traumatizate va confirma existența fracturii și va preciza sediul și tipul ei, cît și prezența și felul deplasărilor.

Vindecarea fracturii

În mod spontan orice fractură are tendința să se vindece. Organismul este capabil să repare fractura printr-un calus, adică un țesut osos nou format, care unește și înglobează capetele fragmentelor fracturate.

Pentru formarea calusului organismul mobilizează vasele de sînge, celulele tinere, sărurile minerale (faza inflamatorie a formării calusului — fig. 5), edificînd un țesut osos ce unește capetele fragmentelor fracturate (faza reparatorie — fig. 5) și care în timp, sub acțiunea influențelor mecanice exterioare, se remodelează, căpătînd o „structură funcțională" (faza de remodelare — fig. 5).

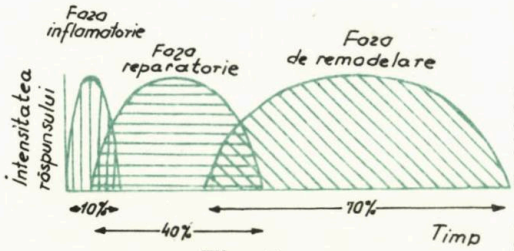


Fig. 5.

Tratamentul fracturilor

Dacă organismul este capabil în mod spontan să realizeze vindecarea unei fracturi, terapeutul trebuie să-l pună în condiţiile generale şi locale optime, pentru a realiza această vindecare cu un rezultat anatomic si funcţional cît mai bun.

Primul ajutor

Fractura se poate produce în cele mai variate locuri : pe poteca alpină, pe pîrtia de ski, pe autostradă, de multe ori la zeci de km distanţă de un medic sau de un centru spitalicesc. Oricine trebuie să fie capabil să acorde primul ajutor unui accidentat şi să-i asigure transportul în cele mai bune condiţiuni, pînă la cel mai apropiat spital.

În primul moment trebuie să ne asigurăm că marile funcţii vitale — respiraţia şi circulaţia — sînt prezente şi să favorizăm efectuarea lor, cînd este cazul (de exemplu eliberarea nasului şi a gurii de eventualii corpi străini — pămînt, nasturi etc., — introduşi în cursul accidentului).

Vom examina locurile dureroase şi dacă regiunea e apreciabil deformată o vom axa printr-o tracţiune blîndă. În prezenţa unei răni care sîngerează nu vom aplica garoul la rădăcina membrului decît dacă sîngerarea e masivă şi în jet sincron cu bătăile inimii. Garoul privează de irigaţie — şi deci de oxigen — toate celulele din zona subiacentă şi nu are indicaţie decît în rupturile arterelor mari. În celelalte cazuri se preferă un pansament compresiv, care poate controla pierderea de sînge.

Membrul fracturat trebuie imobilizat cu mijloace improvizate — atele din scînturi, cartoane sau prin fixarea de o parte netraumatizată a corpului (membrul inferior cu fractură se leagă de membrul inferior sănătos, iar membrul superior se fixează de torace).

Dacă este fracturat membrul inferior sau coloana, accidentatul trebuie transportat culcat pe spate.

Tratamentul definitiv

În spital, după măsurile de reanimare, se va aplica tratamentul definitiv al fracturii. În funcţie de tipul de fractură, de localizare, de importanţa deplasării, de vîrstă, tratamentul se poate realiza cu mijloace ortopedice sau chirurgicale.

În principiu orice fractură trebuie redusă (dacă e deplasată) şi apoi imobilizată. Imobilizarea poate consta dintr-o simplă eşarfă (fig. 6), un aparat gipsat

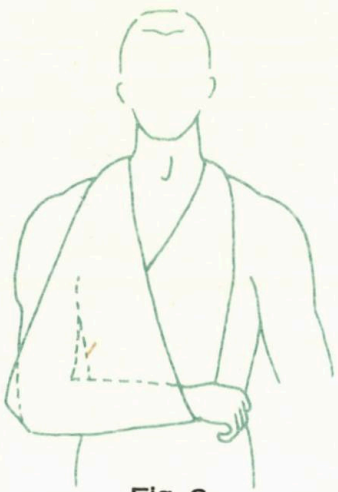


Fig. 6.

(fig. 7) sau o tracţiune care caută să echilibreze forţa musculară ce deplasează fragmentele (fig. 8).

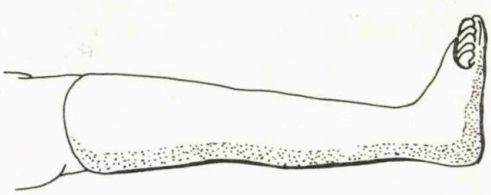


Fig. 7

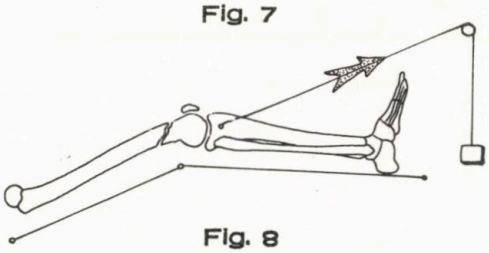


Fig. 8

Alteori se impune reducerea sîngerîndă (prin operaţie) şi osteosinteză, cu mijloace variate (tije ce trec prin centrul osului sau plăci ce se fixează cu şuruburi pe faţa exterioară a acestuia) (fig. 9).

Tipul de tratament va fi ales de medicul specialist, în funcție de particularitățile fiecărui caz.

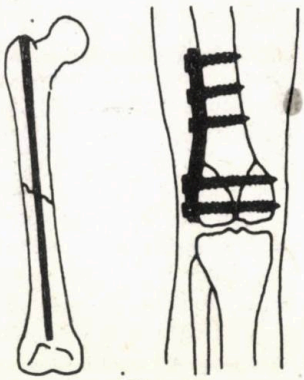


Fig. 9

Tratamentul de recuperare

Un rezultat bun poate fi însă obținut fără aplicarea celei de a 3-a etape de tratament — tratamentul de recuperare —, care începe imediat după imobilizare prin contracții musculare și se continuă prin gimnastică medicală, pînă la completa recîștigare a funcției membrului fracturat.

Permanenta cooperare între medic și pacient, aplicarea riguroasă a tratamentului adecvat, respectarea indicațiilor medicale, efectuarea perseverentă a tratamentului de recuperare asigură o vindecare optimă a fracturii, scutește accidentatul de neplăcerile unor complicații (lipsa de consolidare, infectarea fracturii, limitarea mobilității articulare, vindecare în poziție vicioasă etc.) și îi asigură o reluare normală a vieții familiare și sociale.

DR. **DINU M. ANTONESCU**
MEDIC PRIMAR ORTOPED
ȘEF DE LUCRĂRI, CLINICA DE ORTOPEDIE,
SPITALUL „BRÎNCOVENESC"

Pilule de... haz

Un psihiatru întreabă pe pacientă :

— Vă rog să-mi spuneți, doamnă Braun, nu cumva în cadrul familiei dumneavoastră s-au semnalat cazuri de manie a superiorității ?

— Ba da ! Bărbatul meu, cîteodată, declară sentențios, că el este capul familiei !

Un pacient se plînge medicului său psihiatru :

— Doctore, în ultimul timp eu sînt foarte îngrijorat cu privire la capacitățile mele mintale !

— Dar ce s-a întîmplat ? Ce fel de simptome aveți ?

— Foarte alarmante : absolut tot ce spune soția mea, mie mi se pare că este just și plin de înțelepciune !

Georges a intrat în cabinetul unui psihiatru :

— Doctore, am venit la dv., în legătură cu soția mea. E obsedată de o idee fixă, susținînd că cineva se pregătește să-i fure garderoba.

— Bine, dar dv. sînteți convins de ceea ce spuneți ?

— Absolut ! Ea a tocmit chiar un detectiv special, pentru ca să stea de pază. Chiar eu, personal, l-am descoperit aseară, în șifonierul cu blănuri !

— Cum vă mai simțiți, după medicamentele ce vi le-am prescris ? — întreabă medicul pe un pacient.

— Mult mai bine, doctore ! Eu cred că mi-au ajutat formidabil medicamentele prescrise. Am urmat și respectat în cel mai strict mod indicațiile tipărite pe sticluțele cu medicamente !

— Dar ce era scris pe ele ?

— A se păstra ermetic închise, ferite de lumină.

Larsen se apropia extrem de des de sticla cu whisky. După sfaturile medicului, a început să practice yoga, pentru ca să se lecuiască de patima sa înrăită. Peste cîteva săptămîni, medicul curant s-a întîlnit cu soția lui Larsen și a întrebat-o cum se simte soțul ei.

— Și mai rău, doctore ! Acum el poate să se apropie de sticlă chiar și atunci cînd stă în cap !

— Doctore, într-adevăr văzul mi se va îmbunătăți, dacă voi mînca mai mulți morcovi ?

— Desigur, domnule ! Dv. ați văzut, vreodată, iepure purtînd ochelari ?

— Cauza bolii dv. este numai alcoolul !

— O, mulțumesc, doctore ! Dv. sînteți primul medic care nu aruncați toată vina asupra mea.

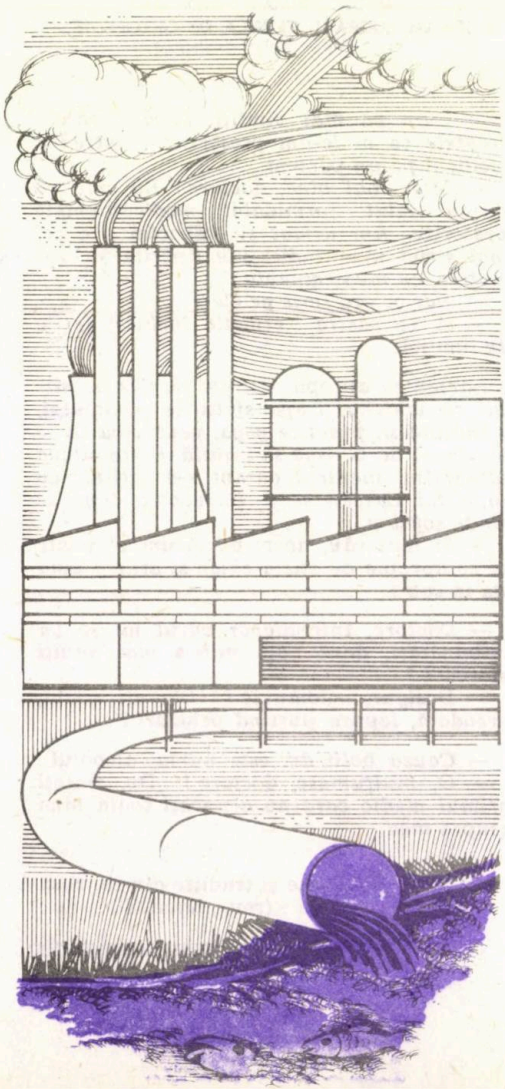
Selectate și traduse din lb. rusă (rev. „Krokodil") de :

ALEXEI NICOLESCU

O problemă omniprezentă

POLUAREA mediului

În zilele noastre se vorbește mult despre mediu, despre poluare, despre grija și datoria fiecăruia de a proteja mediul. Relația om-mediu nu este o problemă nouă, ea există de la începuturile civilizației omenești. Omul a acționat dintotdeauna asupra naturii, a folosit-o pentru construirea cadrului său material de viață, a utilizat resursele naturale pentru satisfacerea nevoilor sale, pentru folosul societății. Foarte mult timp, însă, nici nu i-a putut trece prin minte să menajeze natura, căci o socotea mult mai presus decît acțiunea pe care el, omul, putea s-o exercite asupra ei. Pe măsura dezvoltării științei și tehnicii omul a căpătat posibilitatea de a transforma, din ce în ce mai mult, mediul înconjurător, adesea chiar în defavoarea condițiilor normale ale vieții. Cu toate modificările care s-au produs în decursul timpului, omul a reușit pînă în prezent să se adapteze transformărilor impuse mediului de imensa forță născută din progresul științelor și tehnicii.



În epoca noastră, așa cum arată faptele, activitatea industrială, agricolă, casnică, petrecerea timpului liber pot fi generatoare de daune de toate tipurile, de la poluarea atmosferei și a apelor, distrugerea solului și decimarea unor specii animale și vegetale, pînă la aparent micile fapte antisociale, cum sînt murdărirea străzilor, a parcurilor, a zonelor de agrement, sau tulburarea liniștii publice.

Dar efectele negative ale prezenței umane asupra mediului nu sînt o fatalitate. Omul își dă seama că, în propriul său interes, este dator să-și supravegheze, să-și controleze atitudinea față de mediu și să-l apere împotriva lui însuși.

Apărînd mediul, omul îl apără pe om, deoarece relația omului cu mediul este o legătură dublă, de influențare reciprocă. Mediul acționează asupra omului, asupra dezvoltării constituției sale somatopsihice și psihosociale, asupra activității ; omul modifică mediul, iar mediul modificat influențează omul. În influența lui asupra omului, mediul, prin factorii săi – aer, apă, sol și alimente –, poate acționa favorabil sau nefavorabil, nociv, asupra sănătății. Omul a căutat să dezvolte sau chiar să creeze factori favorabili și să reducă sau chiar să-i înlăture pe cei dăunători. Totuși, fără voință sau împotriva voinței sale, tot omul a generat și a extins factori de mediu nefavorabili, în acest sens, cel mai bun exemplu constituindu-l poluarea mediului.

Prin *poluarea mediului* înțelegem modificarea componentelor naturale ale mediului sau prezența unor componente străine, ca

urmare a activității omului, și care, în lumina cunoștințelor noastre actuale, provoacă, prin natura lor, concentrația în care se găsesc și timpul cît acționează, efecte nedorite, nocive asupra sănătății, creează disconfort sau împietează asupra diferitelor utilizări ale mediului.

Poluarea a apărut odată cu omul, fiind produsă de acesta.

Poluarea mediului în decursul timpului a prezentat mai multe tipuri.

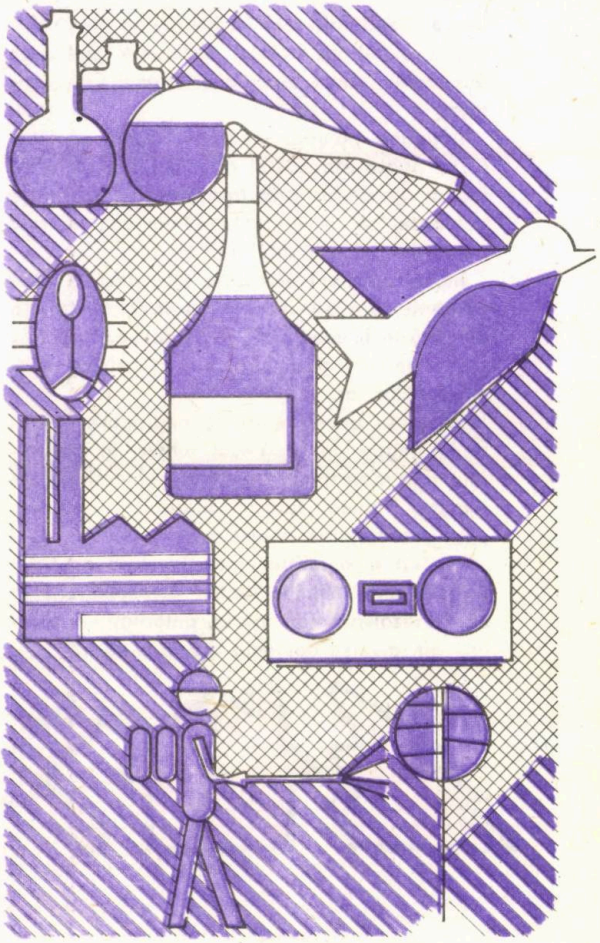
Poluarea bacteriană, cel mai vechi tip de poluare, legat doar de prezența omului și a animalelor, s-a datorat eliminării și diseminării germenilor patogeni în mediul extern. Poluarea bacteriană este prezentă și în zilele noastre ; ea este însă considerată caracteristică în zonele nedezvoltate, cu condiții igienice precare ; influențează negativ sănătatea populației, producînd diverse îmbolnăviri. Starea de igienă și curățenie a localităților, locuințelor și locurilor de muncă indică nivelul de civilizație atins de populație.

Poluarea chimică, care, sub forma poluării organice, este tot atît de veche ca și cea bacteriană, s-a extins în epoca contemporană datorită utilizării din ce în ce mai mult a substanțelor chimice în industrie, agricultură, silvicultură, în viața de toate zilele. Adevărata poluare chimică o reprezintă însă substanțele chimice de sinteză, inexistente în natură, necunoscute în trecut și care nu pot participa la circuitul natural al materiei.

Poluarea fizică este cel mai recent tip de poluare, care include poluarea *termică, sonoră* și cea *radioactivă*, ca urmare a folosirii izotopilor radioactivi în diferite activități economice, științifice, medicale etc.

Acțiunea mediului asupra sănătății este variată și complexă, de la stare de disconfort, pînă la perturbări puternice ale stării de sănătate. Efectele acute, brutale, ca marile epidemii datorate poluării bacteriene sau episoadele de poluare chimică înregistrate în ultimele decenii, apar ca accidentale, dar ele au atras atenția lumii asupra consecințelor pentru sănătate.

Poluarea mediului se produce cel mai adesea la niveluri coborîte, acțiunea asupra sănătății are loc lent, în timp, iar efectele apar tardiv. În asemenea cazuri elementele poluante pot determina — dar mai ales pot favoriza sau agrava — anumite afecțiuni, ca : bronșita cronică, astmul bronșic, scleroemfizemul sau cancerul pulmonar — ca urmare a poluării aerului ; hipertensiunea arterială, osteofluoroza, methemoglobulinemie și infecții digestive — ca urmare a poluării apei ; infecții parazitare sau intoxicații — ca urmare a poluării solului ; toxiinfecții, ca și diverse tulburări în dezvoltarea normală a organismului — ca urmare a poluării alimentelor.



În anumite condiții substanțele poluante se pot cumula în organism, ducînd la încărcarea organismului și producînd modificări ale stării generale ale acestuia, ca întîrzieri în creștere și dezvoltare, mărirea sensibilității față de unele agresiuni biologice sau apariția unor simptome, fără o relație aparentă cu poluarea mediului, ca astenia, anorexia, scă-

derea ponderală etc. Evidențierea încărcării organismului cu aceste substanțe poluante din mediu poate elucida simptomele prezentate.

Acțiunea poluării mediului asupra sănătății se poate exercita și prin modificarea altor factori de mediu, prin transferul de substanțe poluante, ca de exemplu alimentele, în urma poluării apei sau solului.

Încă insuficient elucidate sînt efectele unor poluanți care prin natura lor și concentrațiile prezentate în mediu nu se evidențiază asupra persoanelor supuse poluării, ci asupra descendenților lor.

Existența unor factori de degradare a mediului, legați de progresul tehnic, în ansamblul lui, reprezintă o realitate obiectivă, care impune luarea tuturor măsurilor necesare pentru protejarea acestuia.

Mediul înconjurător este, în clipa de față, o problemă omniprezentă, complexă, la a cărei rezolvare iau parte autorități, specialiști din diverse domenii, opinia publică.

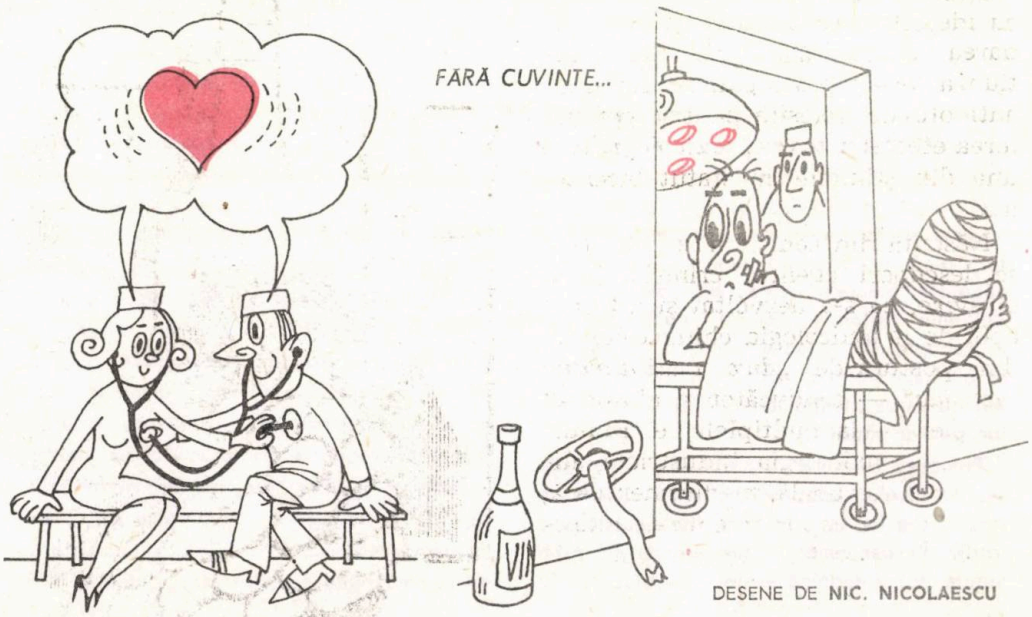
Sensibilizarea fiecărui om la riscurile pe care le prezintă degradarea factorilor de mediu, începînd cu păstrarea în perfectă curățenie a tot ce ne înconjură — acasă, pe stradă sau în plină natură —, cunoașterea de către fiecare dintre noi a posibilităților pe care tehnica și știința le-au realizat pentru a ne proteja pe noi și pe cei din jurul nostru de efectele dăunătoare sănătății și dezvoltării normale a vieții pe Pămînt sînt acțiuni permanente, nu sporadice, deoarece în unele părți ale lumii situația a ajuns îngrijorătoare pentru dezvoltarea normală a regnului animal și vegetal.

Omul, luptînd pentru păstrarea calităților mediului în condițiile cele mai apropiate de condițiile lui inițiale, își creează premisele unei vieți mai bune, mai plăcute, mai sănătoase.

DR. **IOANA IACOB**

INSTITUTUL DE IGIENĂ ȘI SĂNĂTATE PUBLICĂ BUCUREȘTI

FARĂ CUVINTE...



DESENE DE **NIC. NICOLAESCU**

Aportul

ecotoxicologiei la protejarea mediului

CONF. DR. DOC. **M. COTRĂU**
INSTITUTUL DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE, IAŞI

„Există opere de inteligenţă, ca focul din căminul nostru. Se ia focul de la vecini, se aprinde la sine, apoi se trece la alţii şi focul aparţine tuturor" (Voltaire).

În acest spirit „Ştiinţele naturii au pus la dispoziţia omului metode noi, cu ajutorul cărora problemele pot fi rezolvate sau se poate înainta spre rezolvarea lor. Procesul de cunoaştere este un proces nelimitat" (Szent-Gyorgyi).

Şi cum ar putea fi altfel, cînd se ştie că „istoria ştiinţei nu este altceva decît istoria succesiunii întrebărilor şi nu a succesiunii răspunsurilor" (André Malraux).

Definită ca ştiinţă care se ocupă cu identificarea, izolarea şi determinarea cantitativă a otrăvurilor, acţiunea lor asupra organismului şi cu antidoturile folosite pentru combaterea efectelor toxice, *toxicologia* este una din ştiinţele cu statut bicentenar.

Născută din comanda socială de a se descoperi agentul crimelor prin otrăvire, ea s-a dezvoltat şi a trecut apoi de la toxicologia chimico-legală, din postura de *„dux auxiliumque justitiae"* — conducător şi ajutor al justiţiei — la multiplele ei ramuri actuale : toxicologia industrială, alimentară, comunală, medicamentoasă, de război, comportamentală, hidrotoxicologie, pînă la toxicologia clinică.

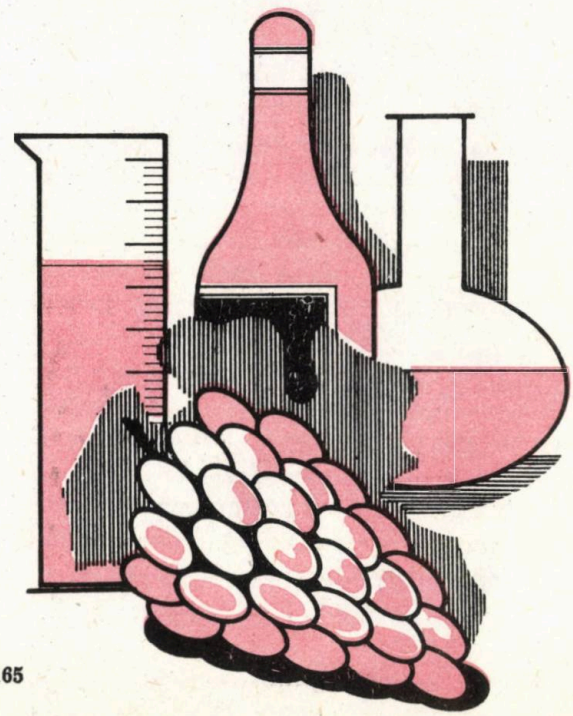
Dar toxicologia şi-a îndreptat atenţia şi spre studierea comparativă a acţiunii toxicilor, atît de-a lungul vieţii unui individ, cît şi a diverselor specii animale şi vegetale, în cadrul toxicologiei comparate.

De asemenea, toxicologia şi-a focalizat preocupările şi asupra eventualului efect al toxicilor asupra evoluţiei biosferei din trecutul îndepărtat.

Din această trecere în revistă a domeniilor în care îşi găseşte aplicaţie toxicologia, rezultă şi rolul social pe care îl are aceasta, rol social subliniat de R. Febre : „Toxicologia este o ştiinţă socială binefăcătoare, menită să asigure protecţia oamenilor împotriva pericolelor de intoxicare la care se expun în activitatea lor".

În aşa-numita toxicologie a mediului sau *ecotoxicologie,* cum a definit-o marele toxicolog contemporan René Truhaut, în 1969, sau, în varianta germană, *Umwelttoxikologie,* mintea umană are nevoie de clasificări şi generalizări.

Multitudinea acestor ramuri ale toxicologiei l-au determinat pe un maliţios să afirme că „toxicologia are multiple feţe", dar a fost corectat



imediat, afirmîndu-se peremptoriu că „toxicologul nu are decît o singură față, aceea de a sluji adevărul și binele semenului său".

Ecotoxicologia, în colaborare cu alte științe, studiază și trebuie să aprofundeze studiul efectelor îndepărtate, așa-numite „efecte pe termen lung", ale diferitelor substanțe chimice, ceea ce implică cercetarea amănunțită a acțiunii lor embriotrope, gonadotrope, mutagene, teratogene și cancerigene.

Și pentru că niciodată problema relațiilor om-mediul înconjurător nu a fost mai acută ca astăzi — și mai ales se prevede că va fi mîine — ea trebuie urmărită atît diacronic, adică din punct de vedere istoric, cît și al conținutului ei.

Biosfera a înregistrat diacronic transformări continue dictate de legile sale proprii de existență și dezvoltare, care i-au dirijat devenirea de astăzi.

Legile biologice care au dominat evoluția biosferei au fost neglijate și chiar înfruntate de specia umană, care, după ce s-a diferențiat de celelalte specii animale — prin inițierea procesului muncii — a introdus în binomul om-natură, pe lîngă *factorul unității*, și *factorul contradicției*.

Nu înseamnă, însă, că în biosfera ce l-a precedat pe om aceasta ar fi cunoscut o armonie deplină, deoarece în ecologie, ca și în economie, nu există nici un profit fără un anumit sacrificiu, pe care Darwin l-a definit prin celebra și dura formulă „*Struggle for the life*" („Lupta pentru viață").

Omul, în cadrul acestei lupte cu natura, preocupat s-o cunoască și s-o domine, a devenit unul din cei mai agresivi factori față de biosferă, adică față de mediul său de viață.

Progresul realizat prin știința și tehnica actuală nu a adus în general numai ridicarea standardului de viață, mai ales după al doilea război mondial, ci a adus și o „cohortă" de efecte nedorite, pe care le-am putea numi *efecte adverse*. Dintre aceste activități nocive antropogene una — și nu cea mai mică — este poluarea biologică și socială.

Dar toxicologia, avînd acumulate numeroase date interpretative, își îndreaptă atenția nu numai spre viitor, ci și spre trecutul îndepărtat, conturîndu-se așa-numita *paleotoxicologie*.

În descrierea fenomenelor normale și mai ales anormale — distructive, mutaționale în bine sau rău — s-a constatat că explicațiile simple geologice, biologice etc., bazate adesea pe principiul „totul sau nimic", subliniază doar rolul cataclismelor, pe cînd paleotoxicologia adaugă un element nou, acela al acțiunii lente dar grave a dușmanului numit *toxic*.

Toxicii, pătrunși în organismele animale, au generat numeroase fenomene de timp, care de-abia acum încep să fie elucidate, prin aportul paleotoxicologiei.

Dintre numeroasele exemple ne vom opri asupra unora dintre cele mai elocvente : dispariția ierbivorelor gigantice, adică a dinozaurinelor.

T. Swani, pornind de la cunoașterea proprietăților polifenolilor, emite o foarte atrăgătoare ipoteză privind coevoluția reptilelor și angiospermelor.

Se știe că la începutul erei mezozoice (acum 225 de milioane ani) au apărut numeroase modificări pe suprafața Terrei. Atunci au dispărut flora și fauna primară petrogenă, apărînd și dezvoltîndu-se reptilele, concomitent cu apariția ferigelor, coniferelor, cicafalelor și a altor plante cu

seminţe, astăzi complet dispărute. Ele s-au răspîndit şi în zone mai uscate, inaccesibile amfibienilor şi criptogamelor şi au devenit în triasicul mediu formele dominante, pînă cînd au apărut angiospermele, mamiferele şi păsările (în urmă cu 80—90 de milioane ani).

Cînd au apărut şi au devenit dominante angiospermele — ce aveau un mare potenţial de reproducere şi o mare adaptabilitate — în regnul animal dominau reptilele uriaşe (dinozaurii), care au dispărut la sfîrşitul cretaceului (acum 65 de milioane ani).

Iniţial procesul de dispariţie a fost destul de evident progresiv, dar s-a accentuat în ultimele 5 milioane de ani din cretaceu, cînd ierbivorele au dispărut mult mai repede decît carnivorele.

Dispariţia lor a fost explicată prin modificarea temperaturii, care, iniţial, avea caracteristică tropicală pînă în Alaska, deşi, chiar după scăderea treptată a temperaturii Terrei, s-au găsit fosile de dinozauri, la sfîrşitul cretaceului, pînă la 50° latitudine nordică.

Desigur că s-au dat şi alte numeroase explicaţii privind dispariţia dinozaurienilor, dar majoritatea nu au nici un temei. Dovada acestor exagerări este afirmaţia după care „dinozaurii ar fi sucombat într-o joi după amiază, în luna iulie".

Autorii supoziţiilor respective au scăpat din vedere faptul că declinul dinozaurienilor a coincis cu apariţia angiospermelor. Dar ce legătură se poate face între cele două evenimente ? Prima, apariţia unei noi clase de plante poate avea efecte nefaste. Să ne gîndim astăzi la invadarea unor întinse terenuri de plantarea cîtorva zeci de *Hypophae rhamnoides* (cele-bra Cătină). În al doilea rînd, care erau necesităţile alimentare ale dinozaurienilor ? Pornind de la necesarul de hrană al reptilelor actuale s-a estimat că un dinozaur de 5 tone consuma zilnic 200 kg de iarbă, avînd astfel nevoie de un „spaţiu vital" de 20 km^2/an. La asemenea voracitate este evident că dinozaurii nu aveau asigurată hrana peste tot şi întotdeauna. Motivul ? Modificările fitochimice din cretaceu, rezultat al adaptării la condiţiile de mediu numai a acelor plante şi vieţuitoare care reuşesc să învingă factorii potrivnici — climă, prădători etc.

La angiosperme în cretaceu au apărut două clase noi de compuşi, cu implicaţii asupra sănătăţii dinozaurienilor — taninurile şi alcaloizii — pe care le evită şi insectele, şi mamiferele ierbivore.

Taninurile pot fi condensate sau hidrolizabile. Or plantele mai primitive nu conţineau decît formele hidrolizabile, celelalte apărînd numai la plante mai evoluate, ca *Equisetum, Filix mas* şi *Gymnosperme.*

La angiospermele primitive însă taninurile condensate au fost înlocuite cu forme solubile, ușor biodegradabile și dotate cu proprietăți antifungice mai eficace, constituind un „protector" chimic pentru plantele ce le posedă.

Concomitent au apărut și alcaloizii aromatici la angiosperme.

Taninurile și alcaloizii au efecte nedorite asupra animalelor și omului. Taninurile conferă plantei gust acru, aspru, inhibă digestia proteică și activitatea altor enzime, provocînd, la doze mari, chiar leziuni hepatice.

Alcaloizii au gustul amar și numeroase acțiuni toxice și chiar teratogene (care produc malformații, anomalii).

Prin gustul conferit hranei, taninurile condensate provoacă repulsia animalelor, cînd se află în concentrație mai mare de 1,5%, iar taninurile hidrolizabile chiar la o concentrație de 10—15 ori mai mică (0,1—0,15%).

Alcaloizii provoacă repulsie chiar la concentrații mai mici, chiar de la 0,05%, cum este cazul chininei.

Broasca țestoasă mediteraneană — reptilă ierbivoră — manifestă aceleași praguri de sensibilitate la cele două tipuri de tanin, ca mamiferele, deși există diferențe nete între receptorii senzitivi ai celor două specii.

Dar la alcaloizi concentrațiile inițiale sînt de aproape 40 de ori mai mari la reptile decît la mamifere. Faptul a fost demonstrat prin aceea că la un conținut de 250 ori mai mare de alcaloid în plantă consumul de hrană nu este micșorat decît cu o treime.

Aceste date permit să se conchidă că în coevoluția reptilă-plantă, la sfîrșitul dominației dinozaurienilor, aceștia au fost afectați de perturbări funcționale provocate de intoxicația cu alcaloizi. În plus și mai interesant este faptul că la cojile de ouă ale dinozaurienilor din cretaceu s-au găsit modificări asemănătoare cu acelea produse astăzi de DDT la cojile ouălor de păsări.

Se presupune că evoluția primelor angiosperme a fost însoțită de creșterea conținutului de taninuri hidrolizabile cu efect repulsiv pentru dinozaurieni.

Pe de altă parte, angiospermele s-au putut înmulți în crestele golite de voracitatea reptilelor ierbivore, respectiv în nișele ecologice devastate de reptile.

Mai tîrziu, probabil că angiospermele au început să sintetizeze alcaloizii aromatici, spre a se apăra de pericolul creat de mamifere. Însă cum dinozaurienii nu aveau posibilitatea să depisteze concentrațiile mici de alcaloizi, ei puteau să ingere zilnic cantități de 40—50 g de alcaloizi, capabile să le producă și lor perturbări grave și chiar moartea.

Pe această cale, taninurile hidrolizabile și alcaloizii din angiosperme au redus considerabil furajele reptilelor ierbivore, ducînd la dispariția lor, ceea ce a determinat și scăderea paralelă a dinozaurienilor carnivori.

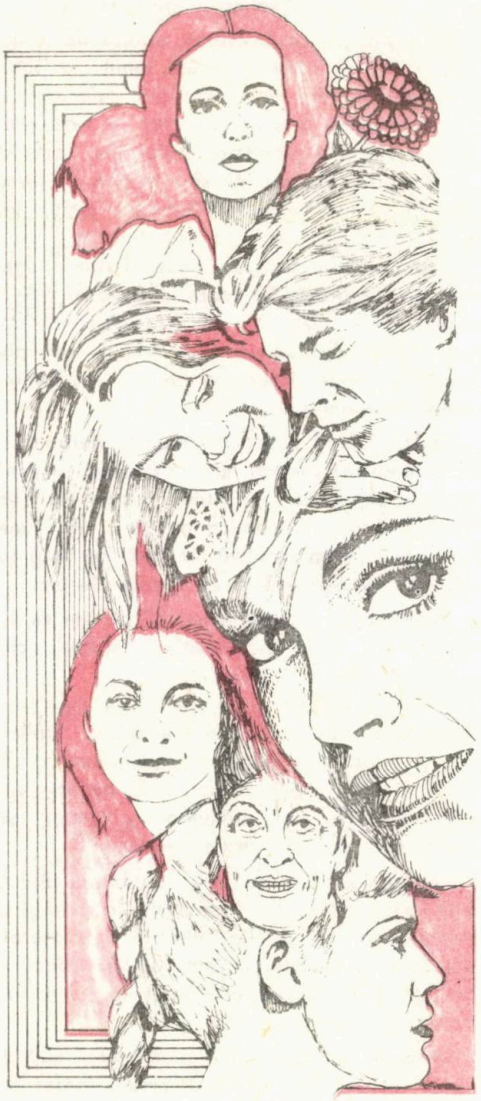
Ce exemplificare mai elocventă decît aceasta poate dovedi proverbul „Foamea și dragostea conduc lumea"?

Swani conchide cu splendida frază pentru meditare: „Oricît de agresivi ar fi putut fi dinozaurienii carnivori, dinozaurienii ierbivori au dispărut din cauza agresiunii chimice a angiospermelor. Ca aceasta să vă fie de lecție".

în luptă cu

ANII

FARM. LUDMILA COSMOVICI
FARM. L. ZISU



Fiecare din noi dorește să trăiască mult, dar să rămînă tînăr. Un gînd și o dorință care preocupă în special femeile.

Vîrsta are desigur un rol important, dar importante sînt și aprecierile celor din jurul nostru, care ne consideră tinere sau bătrîne. În afară de vîrsta calendaristică se ține seama și de modul cum arătăm, cum ne simțim și cită putere de muncă și viață avem.

Unele femei trecute abia de 40 de ani se simt și par, din păcate, bătrîne, iar altora, trecute de 60 de ani, nu le poți da vîrsta reală ; sînt încă pline de energie și elan, întrucît nu trăiesc și nu gîndesc ca o femeie bătrînă, care se lasă doborîtă de povara anilor. Din comoditate sau din indiferență pentru sine și pentru cei din jur, unele femei renunță la orice îngrijire și par mult mai îmbătrînite decît sînt în realitate.

Tinerețea depinde, în mare măsură, de forma fizică, de gradul de dăruire continuă creatoare. Frumusețea de mai tîrziu depinde în mare parte de deprinderile cîștigate în copilărie, iar îngrijirile aspectului fizic, aplicate de-a lungul vieții, au dat uneori rezultate mai bune, dacă au început de timpuriu.

Fragedă, suplă, catifelată, netedă în tinerețe, pielea pierde treptat aceste calități, odată cu trecerea anilor și pe ea se înscriu semnele vîrstei.

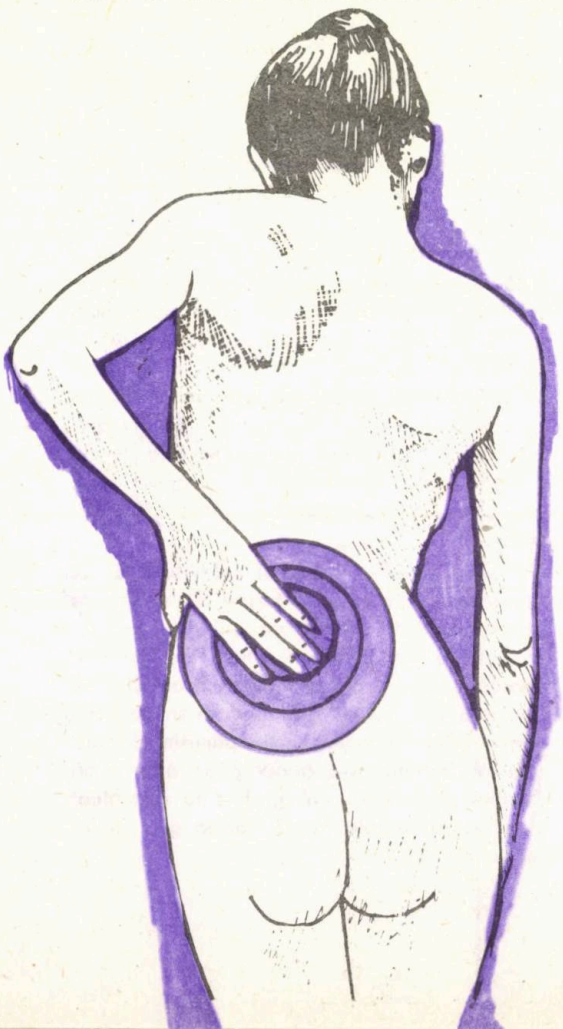
Procesul de transformare a pielii începe încă din tinerețe și pînă la apariția insuportabilelor zbîrcituri pot să treacă mai mulți ani. Nu trebuie, deci, să neglijăm măsurile elementare de îngrijire a tenului, chiar dacă sîntem tinere. Tinerețea este perioada în care este necesar să ne ocupăm de prevenirea ridurilor, căci mai tîrziu, cînd fața devine brăzdată, remediile sînt mult mai anevoioase, mai costisitoare și adesea rămîn fără rezultat.

Îngrijirea pielii, în sensul cosmetologic al termenului, trebuie să înceapă din vreme, la atingerea vîrstei de 20 de ani. Or, din necunoaștere sau delăsare, unele din noi nu acordăm importanță acestor măsuri și, în jurul vîrstei de 40 de ani, cînd ne simțim încă tinere, pline de energie și optimism, constatăm că fruntea s-a acoperit de riduri, că „parantezele" din jurul gurii s-au accentuat și a apărut bărbia dublă, iar la gît, „colierul lui Venus".

Trebuie avut totdeauna în vedere că procesul de îmbătrînire începe cu mult înainte de a-şi face apariţia ridurile. Este un proces cu evoluţie foarte lentă şi specifică fiecărui organism.

La început, pielea îşi pierde din elasticitate, proprietate de care depinde, în mare măsură, aspectul ei tineresc ; apoi fibrele conjunctive şi ţesutul subcutanat se atrofiază, în special în regiunile expuse intemperiilor. Acest proces de îmbătrînire este un fenomen natural, însă apariţia ridurilor ar putea fi preîntîmpinată sau cel puţin amînată. În cazul că nu au fost luate măsuri din timp, se ajunge în situaţia ca regenerarea să devină imposibilă, singurul remediu rămînînd, în ultimă analiză, chirurgia estetică.

Dar, înainte de apariţia chirurgiei estetice, căutarea tinereţii pierdute a fost una din preocupările femeilor. În secolul al XIII-lea se făceau unguente cu grăsime de crocodil, căreia i se atribuiau acţiuni deosebite contra ridurilor. La începutul secolului nostru se injecta sub piele un lichid, care umfla pielea, făcînd să dispară zbîrciturile. Mai tîrziu, în acelaşi scop, se făceau injecţii cu parafină sau se practicau „peelinguri" (descuamări) cu fenol.



Pentru a nu ajunge într-un astfel de stadiu şi mai ales pentru a nu îmbătrîni într-un ritm prea rapid, se impun o serie de măsuri preventive şi curative, care se bazează, în primul rînd, pe practici igienice. Adevăratele aspecte – bune sau rele – ale fizicului nostru le vom analiza chiar dacă la prima vedere ne convin sau nu, căci orice defect se poate corecta cu voinţă şi perseverenţă.

Vom începe cu stabilirea tipului de piele, căci o transformare a naturii tenului a putut interveni, fie din cauza îngrijirii defectuoase, fie ca urmare a unor tulburări ce s-au produs în funcţiile glandelor endocrine. Soarele, vîntul, gerul, excesul de săpun, apa fierbinte au putut accentua uscăciunea pielii, iar porii, din cauza secreţiei abundente, s-au dilatat, obrazul devenind asemănător unei coji de portocală. Cu toată secreţia ei abundentă, pielea este de cele mai multe ori aspră, lipsită de suplețe. Cu timpul se pot modifica chiar trăsăturile figurii, schimbîndu-ne fizionomia.

În cazul cînd pielea îşi menţine caracteristicile unui *ten normal*, îi vom acorda, în continuare, îngrijirile obişnuite acestui tip de piele. Zilnic se va aplica pe gît şi în jurul ochilor o cremă nutritivă. O dată pe lună se recomandă o mască şi un masaj electric.

Pentru *pielea grasă*, după 40 de ani se va efectua zilnic un automasaj, în scopul activării circulaţiei şi tonifierii pielii.

În cazul *tenului uscat*, pe lîngă îngrijirile respective, de la 25 de ani se va aplica cremă hrănitoare, masînd pielea timp de 5 minute. După 40 de ani, cînd pielea s-a deteriorat mai mult, stimularea celulelor se poate face şi prin masaje electrice.

Pentru orice tip de piele, curăţirea zilnică prin îndepărtarea produselor de secreţie şi a substanţelor ce provin din descompunerea acestora, a prafului şi impurităţilor depuse pe faţă, a fardului este absolut necesară, lăsînd pielea să respire în voie.

După 50 de ani, tenul, pierzîndu-şi strălucirea, trebuie bine hrănit, hidratat, fardat cu

discreție. Dacă prin trecerea anilor trăsăturile s-au modificat, le vom corija prin folosirea fondului de ten de nuanțe diferite.

În cazuri mai grave se poate recurge la „peeling" ; în urma acestui procedeu, micile riduri, cicatricele și neregularitățile pielii vor dispărea.

Digestia, odată cu vîrsta, devine mai anevoioasă ; la fel și absorbția alimentelor. Deficiențele danturii fac masticația alimentelor mai greoaie, impunîndu-se îngrijirea danturii. Aceasta va fi controlată de două ori pe an, iar dacă s-a ajuns la proteză, ea trebuie făcută la timp.

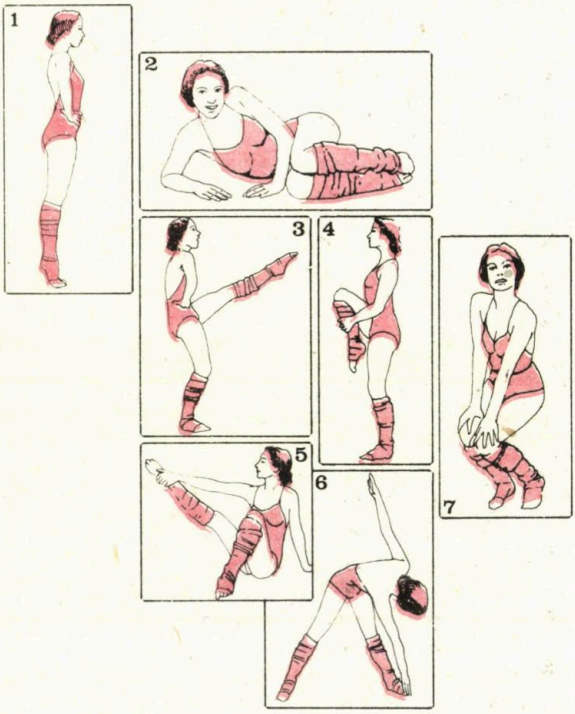
Regimurile alimentare trebuie indicate și controlate de medic. Necesitățile energetice scad cu vîrsta ; la 65 de ani trebuie reduse cu un sfert față de 25 de ani. Cei ce nu înțeleg acest fenomen încep să se îngrașe, se creează depuneri de grăsimi pe abdomen, pe ceafă, pe șolduri. Forurile internaționale recomandă ca de la 45–65 de ani să scădem cu 7,5% aportul caloric, iar după 65 de ani, cu 10%.

Specialiștii indică, de asemenea, o zi pe săptămînă numai legume și fructe și multe lichide. Ne vom cîntări mai des, pentru a urmări să nu depășim greutatea normală, evitînd creșterile și scăderile repetate în greutate, care duc la întinderea pielii, ca apoi, pierzînd din greutate, să ne cadă mușchii. Coeficientul crescut de grăsimi, odată cu vîrsta, se depune în țesuturi, îngreuiază treptat activitatea fiziologică a glandelor, a mușchilor, a celulelor nervoase etc., ducînd la atrofierea lor. Volumul musculaturii se reduce treptat, puterea fizică scade, mersul devine mai puțin elastic, ținuta corpului se modifică. Toate acestea nu sînt fenomene standard ; gradul de degradare variază în limita factorilor genetici ai fiecăruia, depinzînd de constituția individului, de starea organismului, influențat de modul în care fiecare a știut să-și organizeze viața, precum și de factorii de mediu. Există oameni care la 70–80 de ani ne uimesc prin vigoarea lor fizică, ținuta și capacitatea lor mintală. Alții, la 50–60 de ani, par mai bătrîni decît primii. Lipsa de mișcare, sedentarismul, apatia aduc bătrînețe și chiar boli...

Cu vîrsta, umerii devin aduși, spatele încovoiat, abdomenul mai proeminent ; de aceea se impune gimnastica zilnică, fără mișcări bruște, ca fiind una din condițiile prelungirii tinereții. Acolo unde nu există contraindicații medicale, masajul sau automasajul ajută la activarea circulației sîngelui. Exercițiile de gimnastică abdominală, în afară de contribuția lor la menținerea fermității mușchilor, ușurează munca intestinului, prevenirea constipației, inamic real al frumuseții.

Din păcate, odată cu vîrsta devenim mai comode, neglijăm mersul pe jos și exercițiile fizice, care, practicate cu intensitate moderată, fără a supune organismul la un efort epuizant, ne vor da senzația de vitalitate, un surplus de energie, eliminînd oboseala din noi, aducînd o stare plăcută de echilibru fizic și psihic.

Influența favorabilă a culturii fizice asupra psihicului întîrzie mult apariția bătrîneții ; dimpotrivă, inerția fizică și sedentarismul



predispun la obezitate, mai ales după 40 de ani.

Odată cu vîrsta, apar manifestări și modificări de temperament, care pot fi urmarea unei vieți dezordonate care dezechilibrează sistemul nervos și sănătatea, cu efecte negative asupra persoanei respective și asupra celor din jur.

Nu trebuie să imităm pe cei tineri, atitudinea noastră față de semenii noștri trebuie să fie plină de înțelegere, de prietenie, să creăm elementul de afecțiune în jurul nostru, în felul acesta ajungînd cît mai tîrziu la adevărata bătrînețe.

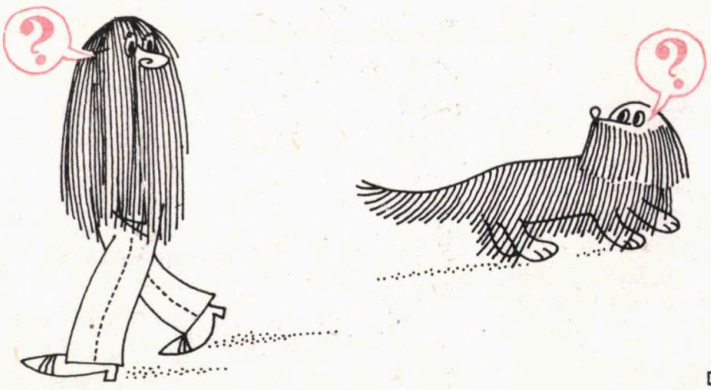
Dacă am îmbătrînit înainte de vreme, dacă nu mai avem un corp frumos — cum am fi dorit —, nu numai natura și anii sînt vinovați, ci și modul cum ne-am preocupat să ne menținem vigoarea, să corijăm defectele, să ne îngrijim !

În zilele noastre, biologii, gerontologii, esteticienii opun anilor studiile, cercetările și descoperirile lor. Astăzi, o femeie de 60 de ani nu mai este, desigur, *o tînără femeie*, dar sigur că poate fi considerată *o femeie încă tînără.*

Specialiștii recomandă, ca reguli de viață, o viață ordonată, respectînd ritmul de muncă și odihnă. Să nu ne înstrăinăm de nici una din bucuriile vieții. Să evităm certurile și supărările ; să înlăturăm urîtul și zgomotul din viața noastră. Să învățăm să ne relaxăm ; nu există nimic mai imperios pentru organismul uman decît ritmul. Să facem fiecare lucru la timpul său, să alternăm orele de activitate cu orele de somn. Lectura unei cărți, vizionarea unei expoziții, audiția unei muzici bune, să le căutăm pentru a ne desfăta ochiul, urechea și sufletul. Bucuria, indiferent dacă este fizică sau morală, dezvoltă și întărește organismul.

Bătrînețea trebuie întîmpinată cu interes, nu cu indiferență, dacă vrem să-i întîrziem cît mai mult prezența, să evităm neglijența, delăsarea, lipsa de energie, care constituie cauze ce ne îmbătrînesc de timpuriu.

FĂRĂ CUVINTE...



DESEN DE **NIC. NICOLAESCU**

Gînduri despre bătrîni și bătrînețe

- Bătrînii se mai schimbă, au ciudățeniile lor, nu totdeauna judecă cum ar vrea cei tineri, dar asta nu dă dreptul nimănui să-i batjocorească pe cei care le-au dat viață (Ioan Iancu).

- Boala scade dorința de a trăi, iar scăderea dorinței de a trăi îmbătrînește (Hinkle)

- Moartea nu este un lucru trist atunci cînd ai învățat să o înfrînezi (G. B. Shaw).

- La 78 de ani mă trezesc în fiecare dimineață cu același optimism. Nu mi-e frică de moarte ; mă tem să nu trăiesc prea mult (Graham Green).

- Viața oamenilor în vîrstă seamănă cu focul care slăbește treptat, treptat, pînă ce se stinge, dar omul care muncește și este mereu ocupat nici nu are timp să observe cum toate trec (Cato cel Bătrîn).

- Îmbătrînim, dar nu ne pierdem umorul (Bette Davis).

- Nu e nimic mai deprimant la unii bătrîni decît încercarea lor de a-i imita pe tineri (I. Lan).

- Cînd ești bătrîn iubești mai mult și suferi mai puțin (Mircea Eliade).

- Cînd te știi bătrîn, nu te mai sperie ideea că ești scos din joc... (I. Semionov).

- O viață bine trăită și folosită dă o moarte bună, după cum o zi bine întrebuințată dă un somn bun (Leonardo Da Vinci).

- În afara unor mici mizerii, bătrînețea este totuși frumoasă și aceasta este tot ceea ce îi cer (G. B. Clemenceau).

- Cine are o îndelungată experiență de viață este capabil să vină în ajutorul celor mai tineri, să le risipească teama față de necunoscut. Un om în vîrstă emană încredere (Hans-Erich Troje).

- Te sclerozezi dacă te lași năpădit de amintiri, trăiri etc., de valul imens al trecutului, al vieții întregi pe care ai trăit-o. Singura soluție de neîmbătrînire este să atacî tu viața, să o supui unor inițiative perpetue (Constantin Noica).

- Nu trebuie să pui mîinile pe piept și să provoci sfîrșitul, așteptîndu-l. Firesc este să nu știi de el și să fii surprins în plin gest (Constantin Noica).

- A trăi îndelung nu înseamnă a trăi mult (Lessing).

- Ce greu e să fii bătrîn și, mai ales, să meriți a fi bătrîn ! (Nicolae Iorga).

- Înțelepciunea vine odată cu vîrsta (Ovidiu).

CULESE DE : DR R. DUDA
I.M.F. IAȘI

zodii ace... sterilizate

BERBECUL

PE TEREN, FĂRĂ-NCETARE,
ADVERSARII DE EL TREC
ȘI-ATUNCI INTRĂ ÎN EI TARE.
MAI CEVA CA UN *BERBEC.*

BALANȚA

FOARTE LACOM LA MÎNCARE,
PENTRU A-ȘI PĂSTRA PRESTANȚA,
S-A-NGRĂȘAT EXTREM DE TARE,
CĂ A DEMOLAT *BALANȚA.*

TAURUL

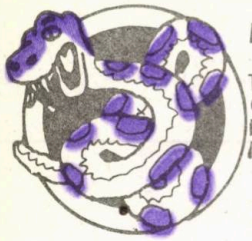
CUM NU ȘI-A ÎNGRIJIT DANTURA,
CE PENTRU TOȚI E UN TEZAUR,
ACEASTA I-A FĂCUT FIGURA
ȘI-ACUM MUGEȘTE CA UN *TAUR.*

SCORPIONUL

DACĂ ÎNTR-O DUPĂ MASĂ
VINE SORA FURIOASĂ,
SE GÎNDEȘTE-NTREG SALONUL :
– IAR SÎNTEM CU *SCORPIONUL !*

GEMENII

CU HAPCIU-URI ÎN TRAMVAI
ȘI TRATEAZĂ AI LUI SEMENI
ȘI RAPID, ÎN GUTURAI,
LI DEVIN CU TOȚII *GEMENI.*



RACUL

TOT TRATÎNDU-SE ÎN GRABĂ
CU LICORI DATE DE-O BABĂ,
DINTR-UN URIAȘ, SĂRACUL,
ÎNAPOI A DAT CA *RACUL.*

SĂGETĂTORUL

DIN ȚIGĂRI ȘI DIN CAFELE
REZULTATU-I URMĂTORUL :
CORDUL BIETULUI PANDELE
FACE PE *SĂGETĂTORUL.*

CAPRICORNUL

CU OCHII ÎN ZIAR, PE STRADĂ,
A NIMERIT ÎN STÎLP GRĂMADĂ
ȘI S-A ALES EL, CÎT UN MUNTE,
CU-N DITAI *CAPRI-CORN* LA FRUNTE.

LEUL

REGIM NU ȚINE, CU TUPEU
CONSIDERÎNDU-SE UN *LEU.*
DE FAPT, AȘA-NCĂPĂȚÎNAT,
ESTE CATÎR ADEVĂRAT.

VĂRSĂTORUL

DE „RIESLING" E SATISFĂCUT
DE LA UN LITRU-N SUS, ORICÎT.
ÎN CARE ZODIE-I NĂSCUT ?
A *VĂRSĂTORULUI* PE GÎT.

FECIOARA

POȚI SĂ VEZI CÎTE O FATĂ
PRIN LOCAL PIERZÎNDU-ȘI SEARA.
UNEORI, AȘA ARATĂ
ASTĂZI ZODIA *FECIOARA.*

PEȘTII

LA MARE ÎI COMPĂTIMEȘTI
PE UNII-AJUNȘI CA NIȘTE *PEȘTI :*
EI S-AU PRĂJIT AȘA ÎN SLIP,
DAR NU PE JAR, CI PE NISIP.

V. D. POPA

DR. ELENA BARNEA
CONF. DR. M. BARNEA

INSTITUTUL DE IGIENĂ
ŞI SĂNĂTATE PUBLICĂ,
BUCUREŞTI

ANIMALELE
prieteni şi duşmani ai sănătăţii oamenilor

Componente obişnuite ale ambianţei umane, animalele exercită în biosferă funcţii care au determinat, în evoluţia omenirii, îmbunătăţirea nivelului de trai şi grăbirea progresului economic şi social, ele servind la asigurarea hranei, îmbrăcămintei, transportului etc. Desfăşurată pe parcurs de milenii în condiţii de apropiere sau chiar de tovărăşie cu animalele, viaţa omului a fost puternic influenţată de acestea şi pe plan spiritual, afectiv, atît în sens pozitiv, cît şi negativ. Omul s-a legat adeseori sufleteşte de animale şi a învăţat multe din comportamentele unora dintre ele. Chiar în prezent, unele progrese ştiinţifice utile omului se realizează prin aplicaţie adecvată pe bază de observaţii şi cercetări asupra unor fenomene care au loc la anumite specii de animale, astfel dezvoltîndu-se *bionica*.

Pe lîngă rolul pozitiv pe plan material, animalele în general şi îndeosebi unele specii tulbură însă bunăstarea şi pun în pericol sănătatea omului, situîndu-se în ipostaze de competiţie şi chiar de luptă cu specia umană. De aceea, în evoluţia omenirii a fost necesară combaterea sau cel puţin evitarea acestora, unele specii fiind răpuse pînă la exterminare. Dar mai multe animale au fost distruse de om pentru a le folosi carnea, blana, penele, dinţii etc., fără a se ţine seama de posibilităţile de reproducere şi supravieţuire a speciilor, ceea ce a determinat dispariţia definitivă a multora. Consecinţele dăunătoare ale acestui comportament nu au întîrziat să iasă în evidenţă, nu numai prin faptul că noile generaţii de oameni nu s-au mai putut bucura de beneficiile oferite înaintaşilor de speciile animalelor dispărute, ci şi sub forma unor dezechilibre mai complexe, de ordin ecologic, care s-au răsfrînt negativ asupra omului şi în mod indirect, uneori pe căi foarte ocolite şi tardiv.

S-a ajuns astfel la concluzia că, aproape fără excepţie, speciile de animale existente pe suprafaţa planetei noastre au un rost bine determinat în ansamblul biosferei, echilibrele calitative şi cantitative menţinîndu-se pe baza unor legi naturale, asupra cărora nu se recomandă din partea oamenilor ingerinţe care ar putea determina dezechilibre ireparabile. Există desigur şi animale dăunătoare, cum sînt rozătoarele, faţă de care trebuie o atitudine de combatere şi evitare, mai ales în localităţi.

O apreciere particulară trebuie acordată animalelor din interiorul aşezărilor umane — vite, cîini, pisici, păsări etc. — care au constituit asociaţi şi ajutoare ale omului, începînd cu trecerea sa pe anumite trepte de evoluţie şi pînă în prezent. Acestea i-au asigurat omului traiul, îndeosebi în epocile primelor progrese economico-sociale din existenţa omenirii.

Aproape fără excepţie, în gospodăriile din localităţile rurale, ca şi în unele gospodării din oraşe sînt găzduite, în funcţie de posibilităţi şi de necesităţile familiei, animale din diferite specii, în primul rînd cîini şi pisici, apoi păsări şi animale domestice producătoare de alimente şi îmbrăcăminte. În unele zone ale lumii se adoptă şi animale din specii rare de păsări, şerpi, maimuţe sau chiar animale carnivore.

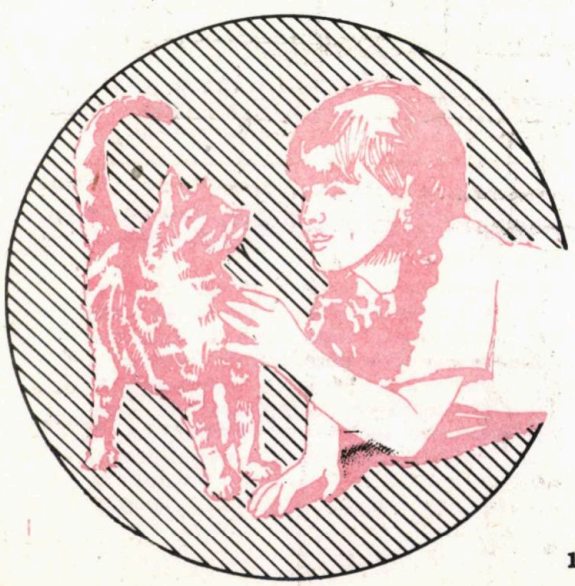
Reprezintă apropierea de animale o practică ce se poate exercita fără limite şi fără restricţii ?

Ca în orice activitate umană, în creşterea şi îndrăgirea animalelor nu se poate face abstracţie de raporturile cu sănătatea. Acest criteriu de bază trebuie extins la orice legătură a omului cu animalele şi la toate produsele venite în contact cu acestea şi folosite apoi de om. Desigur, că, în cazul creşterii animalelor în scopul producerii de bunuri care sporesc nivelul de trai, problema se pune diferit faţă de apro-

pierea lor în scop afectiv. La această a doua categorie, la care se ridică de fapt şi probleme mai grave de ordin sanitar, motivaţiile creşterii animalelor constau adesea în imitaţie şi modă, sau chiar în eschibiţionism şi snobism. Desigur, însă, că nu în toate cazurile lucrurile stau astfel, animalele din locuinţă putînd avea şi un rol pozitiv pentru sănătatea mintală a unor oameni. În orientarea ecologică, atît de oportună în epoca noastră, a dezvoltării tehnologice, animalele reprezintă pentru cei mai mulţi locuitori din oraşe şi sate un mijloc de manifestare a opoziţiei faţă de artificializarea mediului, o frînă împotriva dispariţiei componentelor naturale din ambianţa omului. Acest sentiment se află probabil pe planul profund al subconştientului, el servind la restabilirea, prin prezenţa unui animal, a echilibrului neuropsihic zdruncinat. De aceea, de beneficiile apropierii animalelor se bucură nu numai copiii şi bătrînii, persoane cu o rezervă sentimentală mai mare, ci şi cei lipsiţi de afecţiunea oamenilor sau izbiţi de necazurile vieţii. Luînd în considerare aceste realităţi, procesul de îndrăgire a animalelor nu poate constitui, în toate cazurile, cap de acuzaţie pentru snobism sau lipsă de ocupaţie serioasă a celor ce se ocupă de animale, ceea ce este argumentat şi de faptul că adeseori legăturile sufleteşti dintre oameni şi animale sînt dintre cele mai trainice şi mai frumoase.

Desigur, există şi în acest domeniu devieri care frizează patologicul, cum sînt cazurile unor persoane care înlesnesc înmulţirea şi aglomerarea iraţională în locuinţele proprii a unor animale, pînă cînd acestea îşi manifestă din plin instinctele animalice reprobabile, ceea ce nu mai constituie o fericire nici pentru ele şi, cu atît mai puţin, pentru oamenii expuşi să le suporte murdăria, mirosul şi zgomotul. Este evident că acest comportament, în loc să o ajute, afectează grav sănătatea psihică a oamenilor şi chiar a animalelor.

Cît priveşte sănătatea somatică, asupra căreia ne-am propus să punem accentul în rîndurile care urmează, aceasta constituie o problemă mult mai vastă, care trebuie să fie luată în seamă mult mai serios de toţi iubitorii de animale — şi nu numai de ei —, căci, dacă populaţia lumii îşi bazează, în mare măsură, existenţa şi sănătatea pe animalele crescute în mod intenţionat şi în parte pe cele ce se dezvoltă spontan pe glob, o proporţie însemnată dintre oameni se îmbolnăvesc şi îşi pierd viaţa, ca urmare a interferenţei cu animalele. Nu este cazul a dezvolta aici problema potenţialului agresiv al unor specii, cum sînt animalele carnivore, şerpii veninoşi sau scorpionii, cărora numeroşi oameni le-au căzut victime în trecut şi cărora, în unele regiuni ale lumii, continuă să le fie dat un tribut de vieţi omeneşti şi în prezent. O atenţie deosebită merită însă îmbolnăvirile şi decesele în mare număr provocate de contactul şi apropierea directă sau numai de raporturile indirecte şi întîmplătoare ale omului cu animale de cele mai diferite specii şi provenienţe. Problema este cu atît mai actuală, cu cît aceste raporturi sînt înlesnite astăzi prin circulaţia rapidă a oamenilor şi materialelor pe întreg globul, făcînd posibil contactul cu purtătorii de germeni — oameni sau animale.



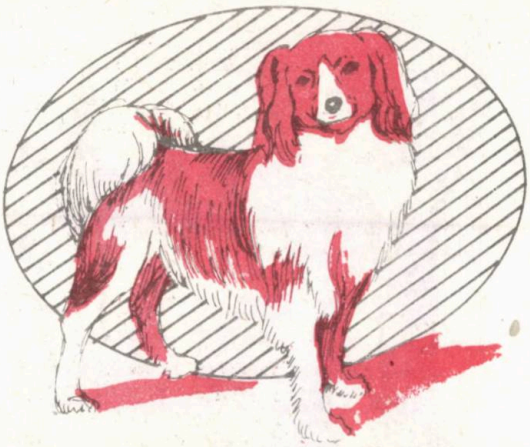
Animalele sînt adesea purtătoare de virusuri, bacterii, protozoare şi viermi, care pot provoca o mare varietate de boli, în funcţie de specie şi modul lor de viaţă, acestea determinînd gradul de încărcare a corpului lor cu agenţi patogeni. Posibilitatea animalelor de a fi purtătoare de germeni — şi îndeosebi a unora — creşte în comparaţie cu omul, datorită particularităţilor lor biologice şi ale mediului în care îşi duc viaţa. În primul rînd ţesuturile animalelor oferă adeseori condiţii de dezvoltare mai favorabile, iar uneori chiar indispensabile, unor agenţi patogeni, multe specii dintre aceştia ajungînd la stadii infectante pentru om numai după ce au trecut prin stadii intermediare în corpul unor animale. În al doilea rînd, animalele vin mult mai frecvent în contact cu alte animale, vii sau moarte, cu reziduuri, apă şi sol, încărcate cu diferiţi agenţi patogeni,

ceea ce omul evită prin respectarea unor reguli de igienă.

Unele genuri şi specii animale dintre rozătoare, păsări, carnivore sălbatice etc. sînt atît de frecvent purtătoare de germeni, încît se poate spune că aproape totdeauna ele sînt vectori ai bolilor ; de asemenea, dar cu o frecvenţă mai redusă, şi majoritatea animalelor domestice sau sălbatice, utilizate în producţia de bunuri sau numai ajunse în contact cu factorii de mediu folosiţi de om.

Unele dintre aceste boli transmise omului de către animale sînt caracteristice unor specii şi sînt denumite *zoonoze*, omul nefiind decît gazdă (şi victimă !) accidentală, altele sînt boli comune omului şi animalelor — *antropozoonoze* —, iar în altele în sfîrşit, animalele au numai funcţie de transmiţători (vectori). Din prima categorie se poate menţiona *dalacul* sau *cărbunele (antrax)*, boală frecventă în trecut, dar rară în prezent, care se răspîndeşte prin cadavrele de animale (oi, vite mari) moarte din această cauză, omul infectîndu-se, de regulă, prin uşoare lezări ale pielii cu obiecte încărcate cu spori de bacili ai cărbunelui. Fără tratament energic cu antibiotice, evoluţia bolii e rapidă şi gravă, uneori chiar mortală. Din a doua categorie, aceea a bolilor comune omului şi animalelor, poate fi considerată tuberculoza. Prin modul cum se poate favoriza contactul cu factorii de mediu contaminaţi cu bacilii tuberculozei se pot îmbolnăvi atît oamenii, cît şi animalele (vitele). În sfîrşit, numeroase boli sînt produse numai la oameni, prin faptul că animalele (cele domestice şi păsările şi, mai ales, rozătoarele, sau chiar animale nevertebrate) contaminează apa, alimentele, obiectele etc., simptomele de boală apărînd numai la omul în organismul căruia au pătruns agenţii patogeni.

Ca trăsături generale, mai trebuie menţionat că, în funcţie de caracterele biologice ale agentului patogen, unele boli sînt transmise omului numai de unele animale, altele de numeroase specii ; de asemenea, unele boli necesită un lanţ de mai multe vieţuitoare, în timp ce altele pot fi datorate numai unei singure specii. În raport cu aceste caracteristici se pot stabili verigile lanţului epidemiologic ale unor cazuri de boală şi îndeosebi ale unor epidemii, putîndu-se aplica măsurile antiepidemice corespunzătoare. Pentru a demonstra cît de vastă este problema transmiterii acestei categorii de boli, vom prezenta, în continuare, cele mai caracteristice boli transmise de unele genuri şi familii de animale.



Astfel, *bovinele, ovinele, caprinele, porcinele, ecvinele* pot transmite : listerioza, cărbunele, bruceloza (febra ondulantă), tetanosul, pseudotuberculoza (yersinioza), enteritele (salmoneloze, colibaciloze, enteroviroze), febra Q (pneumonia atipică), stomatitele, encefalitele virale, gripa, boli micotice ale tegumentelor şi organelor interne, boli parazitare.

Păsările : salmoneloze, ornitoze, chlamidioze, pneumoencefalite, encefalite virale, boli dermatologice.

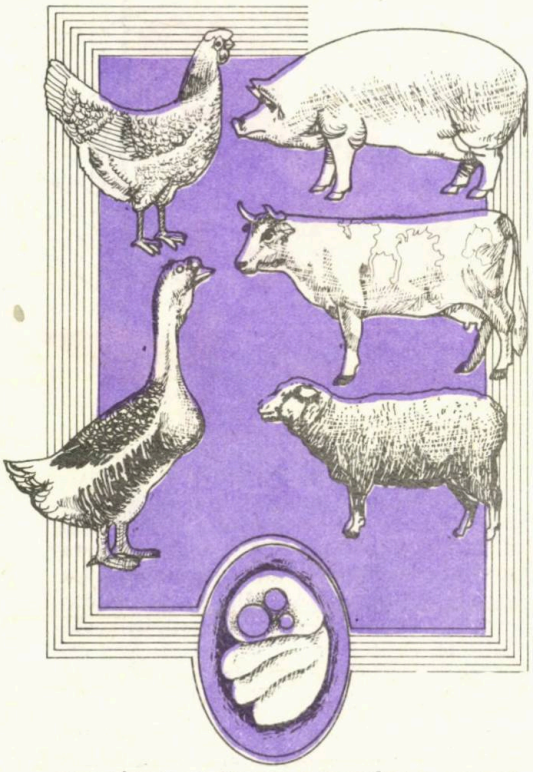
Ciinii, pisicile : turbarea, rickettsioze, febra butonoasă, numeroase boli parazitare.

Rozătoarele : leptospiroza, ciuma, toxiinfecţiile alimentare, tularemia, rickettsiozele, choriomeningitele (febrele hemoragice), boli parazitare.

Maimuţele : febra galbenă, boala de Marburg, variola maimuţelor, amoebiaza, filarioza, esofagostomiaza etc.

De asemenea, extinderea toxiinfecţiilor alimentare se datoreşte faptului că numeroase animale din preajma omului — păsări, vite, rozătoare — răspîndesc salmonelele prin alimente. O altă categorie de boli cu mare răspîndire transmise de animale sînt *parazitozele.*

Despre toate bolile menţionate nu se poate spune că reprezintă o cauză importantă de deces pentru populaţia contemporană ; unele, cum sînt enteritele, toxiinfecţiile alimentare etc., deşi în mare număr, se vindecă în cîteva zile, fie spontan, fie prin tratament adecvat ; altele, cum sînt ciuma, turbarea, tetanosul, cărbunele etc., deşi foarte grave, au fost aduse aproape la eradicare prin mijloace profilactice (vaccinare) sau terapeutice (antibiotice) de mare eficacitate ; altele, în sfîrşit,

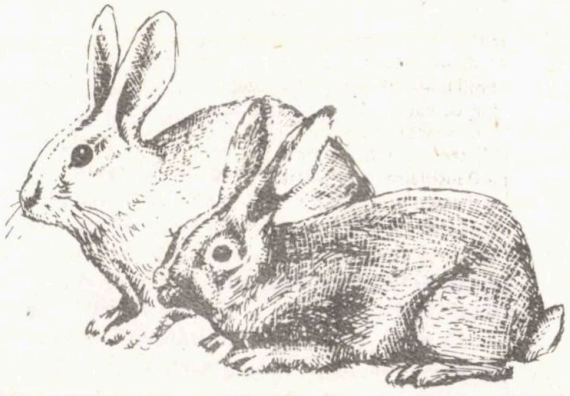


cum sînt parazitozele, micozele ş.a. nu provoacă, de obicei, cazuri grave, rareori fiind cauze de deces, dar determină numeroase şi îndelungate suferinţe. Există totuşi şi boli transmise prin intermediul animalelor, de o mare gravitate, unele datorate virusurilor (encefalitele, febrele hemoragice, choriomeningitele), altele rickettsiilor (tifusul murin, febra Q etc.), care produc îmbolnăviri grave şi decese, lupta împotriva lor ridicînd complexe probleme medico-sociale. Totuşi, faţă de trecut bolile transmise de animale contribuie în mai mică măsură la producerea deceselor la populaţia contemporană. Această situaţie nu se realizează însă fără eforturi deosebite de prevenire şi combatere, îndeosebi în regiunile şi ţările în care animalele au un rol însemnat în viaţa oamenilor. De aceea menţinerea la un nivel redus a riscului de boală din partea animalelor impune o serie de măsuri preventive, fără de care se pot înregistra cele mai diferite boli, uneori acestea rămînînd ascunse, alteori manifestîndu-se prin simptome grave, care pot provoca uneori chiar decese.

Astfel, turbarea, tetanosul şi alte boli obligă la vaccinarea strictă a animalelor, iar în caz de rănire a omului şi serovaccinarea lui, fără de care moartea urmează după episoade de mare tragedie. În toate cazurile, contactul cu animalele, chiar a celor aparent bine supravegheate, poate fi urmat de diferite îmbolnăviri, nu numai dintre cele enumerate mai sus, ci şi altele care nu au fost menţionate, ceea ce obligă la măsuri severe de igienă veterinară, pe de o parte, şi igienă individuală a oamenilor, pe de altă parte. Creşterea de animale poate aduce numai satisfacţii, dacă li se creează condiţiile adecvate, în vreme ce convieţuirea, chiar temporară, în aceleaşi încăperi cu oamenii, expune la mari riscuri de boală. Chiar în spaţiul şi culcuşul propriu trebuie asigurată dezinfecţia, dezinsecţia şi deparazitarea, atît a păsărilor, cît şi a animalelor, în acest fel împiedicîndu-se, în mare măsură, îmbolnăvirea lor şi transmiterea unor boli la oameni. Periodic, toate vieţuitoarele din gospodărie trebuie să fie controlate de medicul veterinar, care va impune vaccinarea împotriva anumitor boli.

La aceste măsuri, care privesc îndeosebi animalele dispersate în gospodării, se adaugă importantele şi extinsele măsuri de protecţie a mediului — aer, apă, sol, alimente — faţă de animalele din crescătorii, ca şi faţă de toate celelalte animale ce ar putea contamina sau infesta aceşti factori de mediu, îmbolnăvind populaţia. La respectarea măsurilor profilactice adecvate participă mai întîi persoanele şi organizaţiile sociale implicate în creşterea animalelor, iar apoi cele ce răspund şi participă la asigurarea serviciilor de procurare a bunurilor de trai din localităţi.

Numai luîndu-se în seamă riscul de îmbolnăvire atît a animalelor, cît şi a oamenilor, şi procedîndu-se cu stricteţe la măsuri de prevenire, iubitorii de animale, toţi cei ce vor să profite de beneficiile oferite de ele, ca şi restul populaţiei, pot fi feriţi de neplăcerile datorite bolilor transmise de la animale la om.



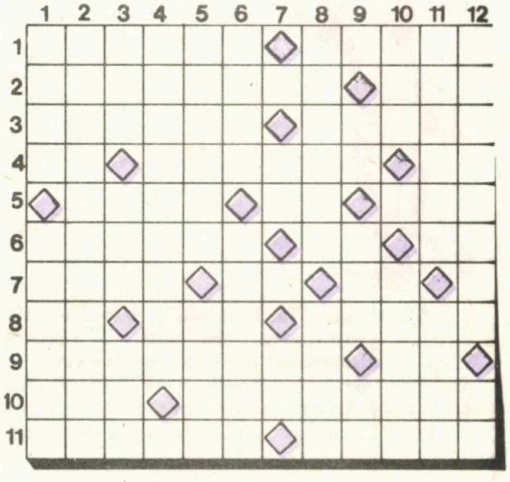
ADAM STOICA

note de lector

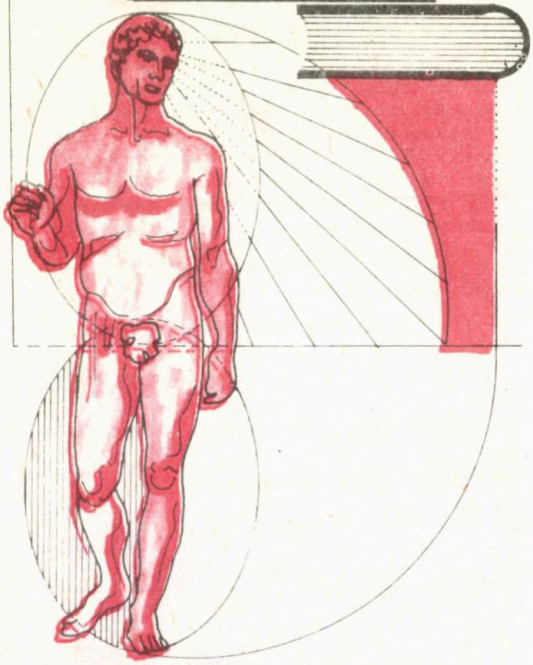
ORIZONTAL : **1.** Prestigios critic literar român, autorul volumului „Dimineața poeților", a cărui ultimă secțiune se intitulează „Spitalul amorului", o adevărată „semiologie" a iubirii și, totodată, o „patologie a erosului" (Eugen) — Autorul excepționalului eseu „Șase maladii ale spiritului contemporan" (Constantin). **2.** Soră la sanatoriul în care se desfășoară acțiunea romanului „Biblioteca din Alexandria", de Petre Sălcudeanu (Anghel) — „Oameni de...", roman de Demostene Botez, având în primplan figura medicului chirurg Petru Voicu. **3.** Medicul din romanul „Lunatecii", de Ion Vinea — Soția medicului Imre din romanul „Vatra încinsă" de Berde Maria. **4.** Avocat (abr.) — Autorul povestirii „Radiografia" (vol. „Oameni și pământuri" ; Dumitru) — Un scurt proces verbal. **5.** Poet ardelean (1886—1954), autorul poeziei „Oraș bolnăvit" (Emil) — Gheorghe Tomozei — „...recitesc o pagină bolnavă / Din spleen-ul tău încarcerat de rime, / În noaptea asta plină de otravă, / Cînd nu mai rid, căci nu mă vede nime..." (Oct. Goga : „Cetind pe Baudelaire"). **6.** Subtil, diafan (fig.) — Înaintea lui Baconsky ! — Traian Șelmaru. **7.** De dimensiuni apreciabile (pl.) — Elena Farago — „Hramul Sfîntului...", ultimul volum din „Contravizitele doctorului B.A.", de V. Em. Galan. **8.** Aurel Baranga — Cap în sud-estul Spaniei — „... Horodiței", primul volum din „Contravizitele doctorului B.A.", de V. Em. Galan (sing. neart.). **9.** Poet antic din Colofon (sec. II î.e.n.), care a compus poemele didactice „Teriacă" și „Alexifarmaca" — Manole Auneanu. **10.** Localitate în S.U.A. — Autorul romanului „Minciuna", în care Arhip constituie reprezentarea unor complexe cercetate de psihanaliza tradițională (Mircea). **11.** „...de nervi", volum de versuri scrise de Gheorghe Tomozei — „Zile de ...", roman de Bujor Nedelcovici, având în centrul acțiunii figura medicului chirurg Theodor Hristea.

VERTICAL : **1.** „... nervilor", volum de sonete aparținînd Constanței Buzea — Autorul poeziilor „Consultații" și „Insomnie" (vol. „La propriu și la figurat" ; Barbu Alexandru). **2.** „Accidentul era ...", volumul al treilea din „Contravizitele doctorului B.A.", de V. Em. Galan (fem. pl.). **3.** Grupare etnică din R.S. Vietnam — Partea lichidă a sîngelui — Ansamblu muzical-vocal. **4.** Personajul principal din romanul „Cunoaștere de noapte", de Alexandru Ivasiuc, care rememorează moartea soției sale (2 cuv.). **5.** Boala care macină trupul lui Botoghină din „Morometții" lui Marin Preda (pop.) — Eroina dramei „Năpasta", de I. L. Caragiale. **6.** Rîu în Irlanda — Medicul din nuvela „Zorile", de Anișoara Odeanu (Petreuț). **7.** Călin Gruia — Radu Jianu. **8.** Vehicul spațial — Rîu în Columbia. **9.** Ion Agîrbiceanu — Doctorița de la țară din romanul „Zăpada nevăzută", de Silvia Cincă — Cezar Ivănescu. **10.** Rîu în Franța — „Suferințele...", roman de Ion Lăncrănjan (sing. neart.). **11.** „...vremii și spiritul românesc", capitolul final din eseul „Șase maladii ale spiritului contemporan", de Constantin Noica (neart.) — State. **12.** Poezie de Marin Sorescu (vol. „Suflete, bun la toate") — În cupă !

DICȚIONAR : NAO, DLO, MEO, CUON, ILL.



Învățați MEDICINĂ fără PROFESOR



Ați sesizat, fără îndoială, stimate cititor, că propunerea din titlu se inspiră dintr-o cunoscută metodă de învățare a limbilor străine. Poate veți obiecta că limba străină este una și medicina, cu totul altceva. În acest caz veți avea perfectă dreptate. Medicina se învață numai cu profesori, la facultate, și în continuare se învață toată viața. Deci este firesc ca o știință atît de complicată și în permanentă prefacere să fie lăsată medicilor, fără ca altcineva să-și aroge o competență care-i lipsește și să încerce a li se substitui.

Există însă o anumită ramură a medicinii, foarte modernă și în plină afirmare : medicina omului sănătos. Menirea ei este să dezvolte omului capacitatea de adaptare la transformările rapide ale mediului său înconjurător și să-l ajute să trăiască mai mult, adăugindu-i nu doar ani vieții, ci și viață anilor. În accepția ei actuală, sănătatea se înfățișează în grade variabile, la fel ca și boala. De regulă, admitem că un om poate fi mai grav bolnav decît un altul, suferind de aceeași afecțiune. Deopotrivă este admisibilă și concepția (curioasă doar prin forma ei de exprimare) potrivit căreia un om sănătos poate fi mai sănătos decît un alt om sănătos.

Valoarea ridicată a sănătății se exprimă, printre altele, și într-o capacitate înaltă de rezistență la bolile cronice și degenerative. Precum se știe, aceste boli se situează astăzi pe primul plan al preocupărilor de sănătate publică. În țara noastră și pretutindeni în lume se fac eforturi susținute în scopul de a li se reduce incidența. Numeroase cercetări urmăresc să aprofundeze mecanismele multiple și complexe ale instalării afecțiunilor din această categorie. Sînt studiați și catalogați factorii de risc, li se evaluează ponderea și se caută căile cele mai potrivite de a-i înlătura sau cel puțin de a li se atenua potențialul. Însă în aplicarea măsurilor de prevenire problema se complică prin intervenția comportamentului individual. Practica arată că prea mulți oameni, prin felul în care înțeleg să trăiască, îngăduie factorilor de risc, reprezentați de nocivitățile existente în lumea exterioară, să-și exercite influența. Pe de altă parte, tot de oameni și de conduita lor depinde să-și cultive capacitatea de adaptare la influențele mediului și prin aceasta să-și mărească rezistența la îmbolnăviri.

Cu aceasta am ajuns la modalitatea prin care dumneavoastră, stimate cititor, ați putea să învățați singur un capitol esențial din medicina omului sănătos. De profesor n-aveți nevoie, pentru că posedați deja cunoștințele de bază necesare. Poate nici nu bănuiți cît de multe știți în acest domeniu, despre lucruri de care ați aflat mai întîi în familie, apoi la școală și pe felurite căi de la societatea în mijlocul căreia v-ați format și trăiți. Totul ar fi să valorificați ceea ce știți despre sănătate

și apărarea ei. Dacă doriți să o faceți, v-ar reveni să utilizați o tehnică nu prea complicată, în cinci etape.

ETAPA I

Într-un moment de răgaz, luați o foaie de hîrtie și un creion. Împărțiți pagina în două coloane, trăgînd o linie pe la mijloc, de sus pînă jos. Puneți sus, la fiecare coloană, cîte un titlu. În stînga scrieți : ce știu ; în dreapta treceți : ce fac. Cu aceasta ați încheiat prima etapă și aveți pregătit instrumentul pentru învățat.

ETAPA A II-A

Începeți să completați coloana din stînga. Înscrieți pe scurt, sub o numerotare, cîteva aspecte legate de sănătate și ce știți despre ele. Numai ca model, vă sugerăm un număr de puncte, lăsînd la latitudinea dumneavoastră să modificați cum veți crede ordinea lor și conținutul.

1. CE ȘTIU DESPRE NOCIVITATEA FUMATULUI ASUPRA ORGANISMULUI ? **E imposibil să nu cunoașteți, măcar în parte, în ce constă nocivitatea fumatului asupra organelor respirației, aparatului cardiovascular, aparatului digestiv, sistemului nervos ș.a.m.d. Subliniem că plasarea în frunte a acestui punct se explică atît prin ponderea majoră atribuită țigărilor ca factor de risc într-o multitudine de îmbolnăviri, cît și printr-o apreciere a medicinii moderne, care consideră fumatul drept principala cauză evitabilă a suferințelor pe care le cunosc oamenii la scara întregului glob.**

2. CE ȘTIU DESPRE NECESITATEA GIMNASTICII DE ÎNVIORARE ? **La fel, e greu de întrevăzut că n-ați ști cel puțin despre importanța ei pentru armonia întregului corp, precum și ca excelentă modalitate de a realiza „încălzirea" înainte de abordarea activităților zilei.**

3. CE ȘTIU DESPRE IMPORTANȚA MIȘCĂRII ÎN AER LIBER ? **Gîndiți-vă numai puțin la neajunsurile sedentarismului și e imposibil să n-aveți ce nota.**

4. CE ȘTIU DESPRE FOLOASELE EXCURSIEI LA SFÎRȘIT DE SĂPTĂMÎNĂ ? **Eventual, înscrieți aici ceva despre serviciile odihnei active în favoarea refacerii după oboseala intelectuală, nu numai fizică.**

5. LA CE SERVEȘTE CĂLIREA ORGANISMULUI ȘI CUM SE REALIZEAZĂ ? **Aici e iarăși ușor : știți, aerul, soarele, apa...**

6. DE CE ESTE CONSIDERAT ÎNOTUL SPORT COMPLET PRIN EXCELENȚĂ ȘI INSTRUMENT DE NEEGALAT AL CONSOLIDĂRII SĂNĂTĂȚII ? **Începînd cu acest punct ni se par inutile comentariile și renunțăm la ele.**

7. DE CE ARE NEVOIE OMUL SĂ DOARMĂ ȘI SUB CÎTE ORE DE SOMN DIN 24 N-AR TREBUI SĂ COBOARE ?

8. DE CE ESTE UTIL CA FIECARE SĂ-ȘI CUNOASCĂ TENSIUNEA ARTERIALĂ ?

9. CARE ESTE, CU APROXIMAȚIE, GREUTATEA NORMALĂ A CORPULUI ÎN RAPORT CU ÎNĂLȚIMEA ?

10. CE S-AR ÎNȚELEGE PRIN ADOPTAREA UNEI ATITUDINI RAȚIONALE FAȚĂ DE CONSUMUL DE ALCOOL ?

Nu este nicidecum obligatoriu ca lista să cuprindă doar cele 10 puncte propuse. Puteți să adăugați și altele, referitoare, de exemplu, la dozarea sării în alimentație,

utilizarea corectă a medicamentelor, importanța aerisirii locuinței, evitarea poluării sonice etc. etc.

ETAPA A III-A

În dreptul fiecărui punct din stînga și repetînd numerotarea, notați pe coloana din dreapta cum procedați practic dumneavoastră. Dacă sînteți sincer — și nu se vede de ce n-ați fi — s-ar putea ca la rubrica „ce fac" să apară cîte o însemnare ca acestea : (1) am ajuns la 40 de țigări pe zi ; (2) nu fac gimnastică, n-am timp ; (3) parcurg pe jos minimul cerut de deplasarea pînă la stația de autobuz și pînă la magazinele de unde îmi fac tirguielile ; (4) cred că s-au împlinit cinci ani, dacă nu șase, de cînd n-am mai fost în vreo excursie ; (5) am uitat cum e cînd te speli cu apă rece ; (6) nu știu să înot ; (7) dorm cam 6 ore, cel mult 6 ore și jumătate ; (8) n-am idee de tensiunea mea ; (9) ar trebui să am 75 de kilograme, dar am 95 ; (10) exprimînd la un loc berea, vinul, coniacul și celelalte în alcool pur, cred că absorb în medie cam 100 de grame în fiecare zi.

ETAPA A IV-A

Comparați pe foaia de hîrtie stînga cu dreapta, punct cu punct. Veți avea o imagine a concordanței sau mai degrabă — nu vă supărați, dar e previzibil — a decalajului dintre ceea ce știți că este util pentru sănătate și ceea ce faceți efectiv. Ar fi instructiv să calculați în procente gradul de neconcordanță. Dacă veți înregistra o proporție a decalajelor întrecînd 50% și chiar apropiindu-se de 100%, înseamnă că trebuie să priviți cu toată seriozitatea etapa următoare și ultima.

ETAPA A V-A

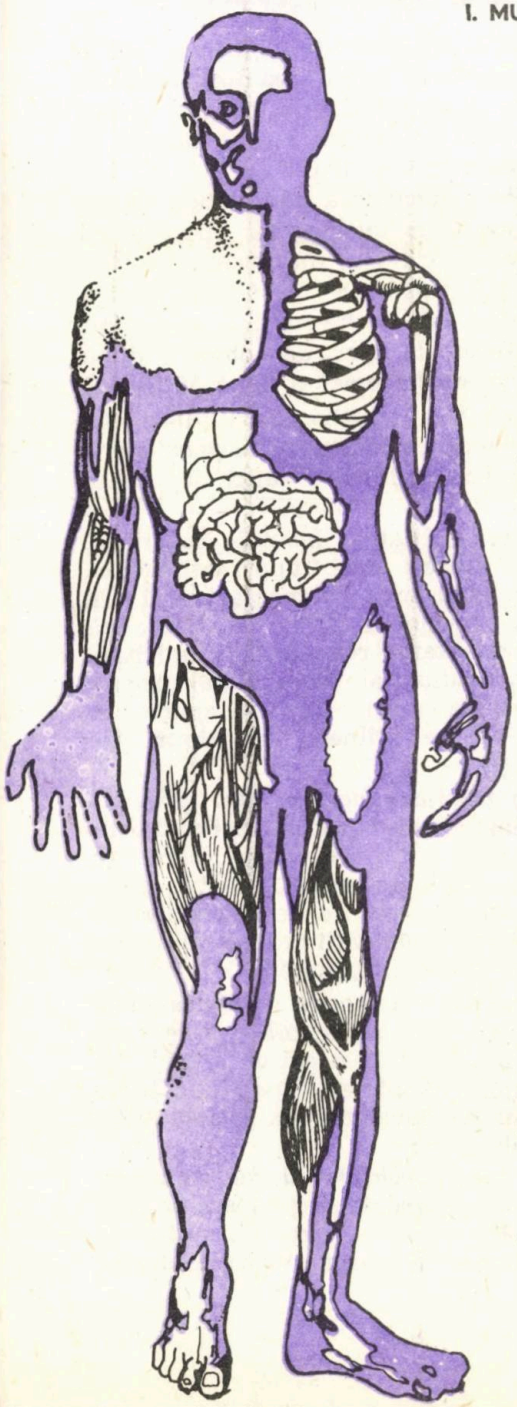
Această etapă se concepe pe o durată mai lungă. Ea este de o importanță capitală pentru întreaga activitate de învățare în care v-ați angajat. Într-adevăr, trebuie considerat că de cîte ori se ivește o contradicție între ceea ce știe orice om că-i datorează sănătății sale și felul în care procedează în viața de toate zilele înseamnă că s-a creat o nocivitate de ordin pur comportamental, adică un factor de risc din categoria acelora de a căror anihilare se ocupă medicina omului sănătos. Așadar, în această etapă hotăritoare, acționați pentru lichidarea decalajelor puse în evidență de confruntarea operată în etapa precedentă. Aduceți corectările de rigoare practicilor nesatisfăcătoare notate la coloana din dreapta, sub „ce fac".

După un timp, refaceți cele patru prime etape ale studiului și analizați din nou rezultatele. Rețineți că atunci cînd veți izbuti să isprăviți cu toate decalajele (sau aproape cu toate, dacă bunăoară ar fi prea tîrziu să mai învățați înotul) se va chema că sînteți la punct și v-ați însușit medicina omului sănătos, fără profesor ! Pentru că a ști cum e bine înseamnă mai presus de toate a face cum e bine pentru servirea intereselor sănătății.

DR. AL. GHEORGHIU

Să ne cunoaștem ORGANISMUL știind că...

I. MURGAN



– În fiecare secundă, în corpul nostru mor și se nasc cca 125 milioane de celule diferite ;

– în repaus omul respiră 6–8 litri de aer pe minut. În timpul desfășurării unei munci fizice volumul aerului pe care-l respirăm crește pînă la 40–60 litri pe minut, iar numărul respirațiilor ajunge pînă la 20–30 pe minut ;

– ochiul omului poate distinge cca 1 700 de nuanțe de diferite culori ;

– în timpul iernii, fiecare om pierde, într-o oră, o cantitate de căldură echivalentă cu căldura necesară pentru a fierbe 3 litri de apă ;

– creșterea în timp a segmentelor corpului omenesc nu este uniformă. De la naștere pînă la 22–25 de ani capul crește de două ori, trunchiul de trei ori, mîinile de patru ori, iar picioarele de cinci ori ;

– unghiile omului cresc, în 12 ore, cu o viteză de 0,04 mm. Creșterea cea mai accentuată are loc în ceasurile de după amiază, iar cea mai scăzută se înregistrează noaptea ;

– în natură există peste 110 000 de mirosuri, dar omul percepe numai 10–20, fiecare altele. S-a constatat că femeile au mirosul mai fin decît bărbații, iar nara stîngă percepe mai bine mirosul decît cea dreaptă ;

– numărul firelor de păr variază în funcție de culoarea acestuia. Persoanele blonde sînt mai bogate în fire de păr : 140 000 ; cele brunete nu au, în medie, mai mult de 100 000, iar cele roșcovane sînt și mai sărace : 90 000 de fire ;

– în urma unei statistici internaționale, în cursul unei vieți de cca 70 de ani, un locuitor al țărilor din Europa consumă, în medie : 10 000 kg fructe, 15 000 kg legume, 30 000 kg cartofi, 5 000 kg pește, 18 000 kg carne și 25 000 kg pîine. La toate acestea se mai adaugă și o cantitate de băuturi, în volum de 25 000 litri ;

– vindecarea unei plăgi variază foarte mult în raport cu vîrsta. O plagă de 10 cm^2 se vindecă, la vîrsta de 6 ani, în 6 zile, iar la 60 de ani, în 32 de zile.

Tulburări psihologice şi psihopatologice în PERIOADA PENSIONĂRII

DR. ŞT. NICA-UDANGIU
INSTITUTUL DE NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE

Munca reprezintă „prima condiţie de bază a întregii vieţi omeneşti" (Engels). Ea este unul din factorii principali care contribuie la menţinerea sănătăţii fizice şi psihice. Munca are o influenţă favorabilă asupra tuturor funcţiilor organismului. S-a observat că încetarea muncii constituie un factor stresant important, determinînd o adevărată criză morală („criza pensionării" sau „drama pensionării"), cu multiple manifestări psihologice şi psihopatologice. Aceste fenomene îmbracă o serie de particularităţi, în funcţie de tipul pensionării (pensionare de boală sau de vîrstă), de tipul de personalitate, de profesie, de starea sănătăţii somatice etc. În mare parte o bună pregătire psihologică pentru perioada de pensionare împiedică apariţia acestor tulburări. De aceea considerăm că este util să fie cunoscute diferitele reacţii psihologice şi psihopatologice declanşate de modificările statutului profesional şi ocupaţional. Pregătirea diferitelor categorii populaţionale pentru evenimentul pensionării este o datorie a tuturor instituţiilor.

Prin efectuarea unor studii sociologice şi psihologice s-a observat că persoanele tinere nu discută spontan despre pensionare. Preocupările faţă de perioada de încetare a activităţii profesionale apar, de obicei, după 50 de ani la femei şi după 55 de ani la bărbaţi. Aceste preocupări de anticipaţie a fenomenului pensionării constituie adesea o sursă de anxietate.

Personalitatea insului constituie unul din cei mai importanţi factori care determină comportamentul în faţa pensionării. Avînd în vedere că personalitatea reprezintă o unicitate (o individualitate irepetabilă), fiecare va reacţiona într-un mod aparte. În general, se întîlnesc trei tipuri de reacţie :

a) *reacţia exagerat de optimistă* („pensionarea-miracol"), privind pensionarea ca „o altă viaţă", care va aduce zilele de repaus meritat, posibilităţi mai extinse de distracţie, de îngrijire a sănătăţii şi de realizare a unor proiecte amînate ;

b) *reacţia exagerat de pesimistă* („pensionarea-catastrofă"), care vede numai aspectele negative ale vîrstei înaintate (scăderea capacităţii fizice şi psihice, devalorizarea socială, plictiseală etc.) ;

c) *reacţia echilibrată,* care apare la persoane capabile să găsească oricînd un sens vieţii noastre, acceptînd cu serenitate încetarea vieţii profesio-

nale, dar angajîndu-se mai departe în alte tipuri de activităţi.

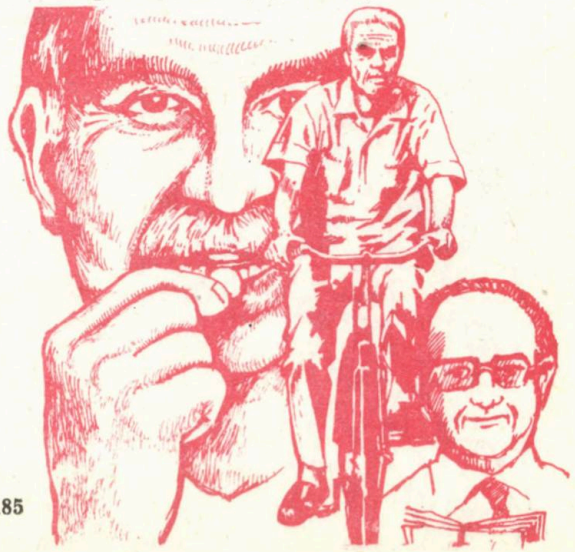
Criza pensionării apare mai frecvent şi cu o intensitate mai mare la bărbaţi. Satisfacţiile lor sînt mai strîns legate de activitatea profesională, iar pierderea statusurilor şi a rolurilor, cîştigate cu eforturi de-a lungul existenţei, determină o diminuare sau o pierdere a prestigiului social (greu de suportat mai ales de personalităţile autoritare). La sexul feminin, tulburările îmbracă un aspect mai puţin dramatic, deoarece femeile găsesc mai uşor compensaţie în viaţa casnică. Spre deosebire de bărbaţi, criza de adaptare legată de vîrstă apare la femei în perioada de climacterium şi mai ales în premenopauză (între 40 şi 50 de ani).

Atitudinea faţă de pensionare nu este univocă la toate categoriile de oameni ai muncii. În mediul rural, de exemplu, ruptura ocupaţională nu este niciodată completă şi nici nu este trăită ca atare. Agricultorul vîrstnic întrerupe activităţile dificile, însă el continuă să fie activ în propriul său cămin. De asemenea, un învăţător pensionar care locuieşte la ţară este mai bine adaptat decît confratele său de la oraş. Intelectualii cu activitate creatoare (oamenii de ştiinţă, de artă etc.) şi cei cu multiple preocupări extraprofesionale parcurg fără traumatisme psihice perioada pensionării. Criza pensionării apare, de obicei, la persoanele care au desfăşurat o activitate (chiar dacă a fost intensă) limitată numai la obligaţiile precise profesionale.

În general, perioada de întrerupere a vieţii profesionale va fi cu atît mai echilibrată, mai armonioasă, cu cît starea de sănătate fizică este păstrată mai bine. Relaţia între sănătatea somatică şi criza pensionării nu este însă liniară. Se întîlneşte uneori înainte de pensionare o atitudine mai optimistă la subiecţii care prezintă o serie de boli organice, deoarece aceştia consideră că viaţa liniştită care va veni în curînd le va rezolva suferinţele.

Părăsirea activităţii profesionale prin pensionare reprezintă o traumă psihică numai pentru unele persoane, în timp ce la altele poate constitui un cîştig de timp liber, o extindere a posibilităţilor creatoare. Problema pensionării apare chiar la aceeaşi persoană ca o situaţie ambiguă, cu două aspecte contradictorii : pe de o parte, aşteptarea relaxării binemeritate şi dezvoltarea unor interese noi, iar, pe de altă parte, trăirea psihotraumatizantă a „pierderilor" (însul vîrstnic pierde nu numai profesia, pierde şi forţa fizică, frumuseţea, supleţea intelectuală ; alteori pierde vederea, auzul etc.) şi apariţia „umbrei invadante a morţii". Problema morţii reprezintă „o boală chinuitoare încă din tinereţe" şi este prezentă pe parcursul întregii vieţi, dar la senescenţă capătă o dimensiune şi o realitate mai mare. Anxietatea legată de teama de moarte reprezintă principalul nucleu în nevrozele vîrstei înaintate. Tendinţele insului vîrstnic sînt oscilante. El vrea să rămînă un membru activ al comunităţii, dar în acelaşi timp ar dori să fie lăsat în pace şi menajat.

Tulburările psihopatologice legate de încetarea muncii profesionale au fost descrise în literatura de specialitate sub diferite denumiri : „nevroza pensionării", „boala pensionă-



rii", „patologia pensionării". S-a observat, de asemenea, că pensionarea este urmată de o precipitare a proceselor de senescență, fenomen produs prin scăderea tonusului psihofiziologic și prin intervenția factorilor psihotraumatizanți.

Fenomenele critice ale pensionării pot fi preîntîmpinate, în mare parte, prin măsuri medicale, psihologice și sociologice. Un rol important în pregătirea psihologică a oamenilor muncii înainte de pensionare revine medicului și psihologului de întreprindere, dar și organizațiilor de masă și obștești. Pregătirea psihologică pentru pensionare se realizează prin :

— o mai bună informare despre problemele pensionării și ale vîrstei înaintate (prin discuții individuale și colective) ;

— oferirea unor modele de comportare ;

— cultivarea interesului pentru activitățile creatoare, culturale, distractive etc. ;

— învățarea modalităților de organizare adecvată a timpului liber ;

— crearea unui nou ciclu de obișnuințe și de interese, adaptarea acestora la nevoile și posibilitățile subiectului etc.

Perioada de pensionare nu trebuie să fie privită ca o „anticameră a morții". Stările conflictuale ale vîrstnicului sînt legate de două fenomene importante : anxietatea legată de apropierea morții și culpabilitatea legată de analiza vieții trecute (devalorizarea propriei vieți). O bună adaptare presupune acceptarea morții ca o lege naturală și acceptarea vieții așa cum a fost trăită (fără reproșuri generate de întrebarea sau de iluzia „cum ar fi putut fi trăită"). O bună adaptare implică, pe de o parte, retragerea treptată din activitatea profesională („dezangajarea"), iar, pe de altă parte, utilizarea potențialului restant de muncă prin „angajarea" în ocupații extraprofesionale (lecturi, plimbări, sporturi ușoare, grădinărit, muncă în gospodărie, excursii etc.). Cînd ocupațiile extraprofesionale nu aduc satisfacțiile dorite, se recomandă păstrarea în continuare a legăturilor cu colectivul din care a făcut parte, activități obștești sau muncă benevolă în vechea profesie. Unele activități profesionale pot să fie continuate pînă la vîrstele cele mai avansate. Dacă pensionarea ar fi fost obligatorie la toți, nota Bergeron (1969), atunci foarte mulți oameni de stat nu s-ar mai fi remarcat, numeroase lucrări științifice n-ar mai fi fost publicate și vestite opere de artă n-ar mai fi existat.

FĂRĂ CUVINTE...

DESENE DE NIC. NICOLAESCU

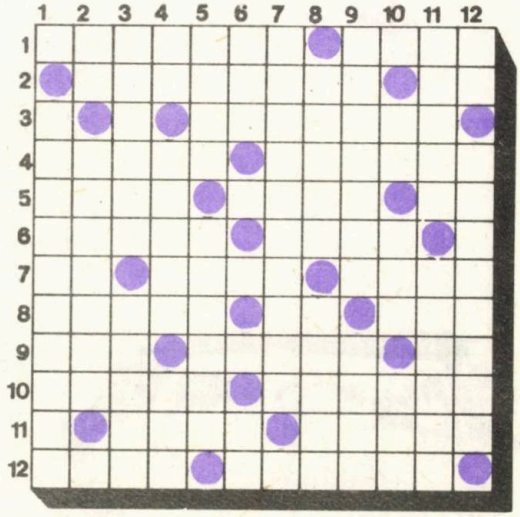
la vîrsta a treia

ADAM STOICA

ORIZONTAL : **1.** Scriitor francez (1868—1955), căruia îi aparţin aceste spuse : „Ieri ! — suspină unul. Mîine ! — suspină altul. Trebuie să fi ajuns însă la bătrîneţe pentru a înţelege sensul strălucitor, absolut, irecuzabil, de neînlocuit, al cuvîntului **Astăzi**" (Paul) — „ ...lui Moş Gheorghe", tablou de Ştefan Luchian. **2.** Scriitoarea franceză de la care am reţinut următoarea afirmaţie : „Pentru ca bătrîneţea să nu fie o parodie derizorie a existenţei noastre anterioare există o singură soluţie : să continuăm să urmărim ţeluri care dau sens vieţii noastre" (Simone de) — Pe scurt, foarte bine ! **3.** Bătrîni. **4.** Sistem de construcţie caracteristic arhitecturii gotice — Alt scriitor francez, din care citãm : „Ce s-a întîmplat ? Viaţa — şi iată, sînt bătrîn" (Louis). **5.** Localitate în Brazilia — Orăşel în Sahara — Piesă de harnaşament. **6.** Zece, pe din două — Nepotul fostului strungar Petre Silvan din nuvela „Bătrînii", de Şerban Nedelcu. **7.** Scrise în fugă ! — Rîu în Mexic — Personaj din piesa „Cum s-a făcut de a rămas Catinca fată bătrînă", de Nelu Ionescu. **8.** Oraş în Elveţia (Le) — Paranteza anterioară ! ! — Rînd. **9.** Specie de arahnide — Roman de G. Ibrăileanu, narînd dragostea medicului cvadragenar Emil Codrescu pentru mult mai tînăra eroină care dă şi titlul naraţiunii — Negaţie. **10.** Perioadă de timp a anului — Stimul senzorial care declanşează un reflex condiţionat. **11.** Stat asiatic — Eroul unor filme de scurt metraj semnate de Elisabeta Bostan. **12.** Poet român care a evocat „Bătrînii noştri" (Tiberiu) — Scriitor francez (1844—1924), care a fost de părere că : „Viaţa ar fi într-adevăr prea tristă dacă trandafiriul roi al gîndurilor zburdalnice n-ar veni din cînd în cînd să mîngîie bătrîneţele oamenilor cumsecade" (Anatole).

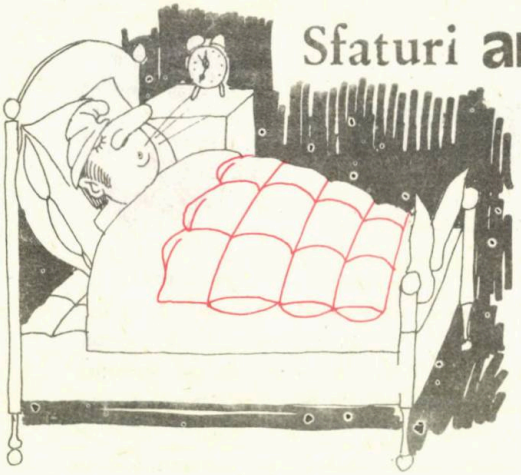
VERTICAL : **1.** Scriitor român (1884—1963), autor al poeziei „Zmeu bătrîn" (Vasile). **2.** Galben la mijloc ! — Realizatorul tabloului „Copaci bătrîni" (Ion). **3.** Care se află în aer — Mănăstire c'itorie a lui Mircea cel Bătrîn. **4.** Situaţie la mijloc ! — Autorul volumului de povestiri „Bătrînul şi livada" (Dragoş) — Localitate în Suedia. **5.** Prietenul lui Petre Silvan din nuvela „Bătrînii", de Şerban Nedelcu (Nicolae) — Eroină a piesei „Cum s-a făcut de a rămas Catinca fată bătrînă", de Nelu Ionescu. **6.** Localitate în Finlanda — Café. **7.** Oraşul american în care se desfăşoară acţiunea romanului „Bătrînii", de Saul Bellow (2 cuvinte). **8.** A se face şi mai rău — Personaj feminin din povestirea „Bătrînii", de Emil Gârleanu (Negură). **9.** „Homer"-ul poporului român, scriitor (1839—1889) care în „Amintiri din copilărie" ne spune : „Aşa ne amăgea mama, cu o pupăză care îşi făcea cuib de mulţi ani într-un tei bătrîn" (Ion). — Pictor român (1831—1891), autorul unui „Portret de bătrîn" (Theodor) **10.** Două grame ! — Individ Nicolae (abr.). **11.** Timid — Abilă. **12.** Abis ! — „Istoria ...", cea mai importantă lucrare a lui Pliniu cel Bătrîn.

DICŢIONAR : IRAI, UNAN, OLME, LOCLE, ERO, ORN, EVO.



Sfaturi anti-MEDICALE

(in-utile şi i-raţionale)



Pentru echilibru
Şi-o viaţă normală,
Să te culci e bine
Cînd ceilalţi se scoală.

În fiecare seară
De ţi-e dragă viaţa,
Prelungeşte cheful
Pînă dimineaţa.

Dacă ai băut
Pînă peste poate,
Mai bea pînă-ţi trece :
„Cui pe cui se scoate !“

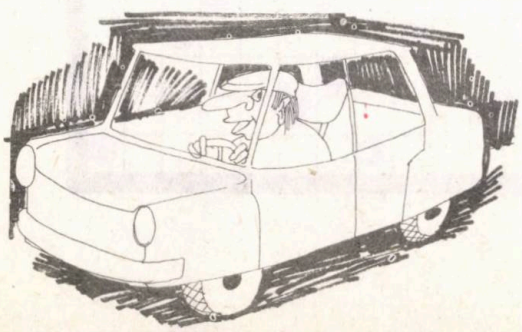
Dacă ai vreo boală
Ce încet te roade,
N-apela la doctor,
Du-te pe la babe.

Inima de vrei s-o ai
Fără „vai“ şi fără „of“,
Agită-te şi-ţi bate
Singur, cuie în pantofi.

Dacă eşti slăbuţ şi vrei
Organismul să-l călesti,
Ai grijă, de soare, aer
Şi de sport să te fereşti.

De eşti slab şi galben
Şi tuşeşti nebun,
Prelungeşte-ţi viaţa
Cu-alcool şi tutun.

Nu intra în apă
Dacă eşti la mare,
Nu te bată briza
Şi nu sta la soare.



Fă mişcare cît mai multă
În natură, că-i divină !
Admiră peisajul verde
Nu de jos, ci din maşină !

SOFIA ALEXANDRU

zona ZOSTER

PROF. DR. **AL. DIMITRESCU**
CLINICA A II-A DERMATOLOGICĂ
I.M.F. BUCUREŞTI

Zona zoster este o afecţiune de origine „virală", distinctă de „herpesul simplu", cu care este uneori confundată, din cauza denumirii utilizate de către unii pentru zona zoster, anume „herpes zoster". În schimb se înrudeşte cu varicela, existînd o cvasiidentitate în ce priveşte virusul cauzal al celor două afecţiuni. Deosebirile ar consta doar în : aspectul de ansamblu al erupţiei, caracterul foarte contagios al varicelei şi apariţia acesteia cu predilecţie la copii, mai rar la adulţi, în timp ce zona zoster se întîlneşte mai ales la adulţii vîrstnici. Boala survine sporadic, afectînd ambele sexe, cu aceeaşi frecvenţă. Ea nu este rezultatul unei contagiuni directe şi recente, ca în cazul varicelei, ci al unei infecţii latente endogene, reactivată sub influenţa unor factori favorizanţi, care tulbură echilibrul gazdă-oaspete. Unul din factori este vîrsta ; deşi boala se întîlneşte la orice vîrstă, inclusiv la copil, mai mult de două treimi din cazuri se întîlnesc la indivizi avînd peste 50 de ani şi numai aproximativ 5–8% din cazuri la cei sub vîrsta de 20 de ani ; incidenţa creşte mult după 60 de ani. Recidivele sînt rare, ele observîndu-se în aproximativ 3–5% din cazuri, mai ales la vîrstnicii de peste 80 de ani.

Un al doilea şi cel mai important factor reactivant al infecţiei virale latente îl constituie însă aşa-numita *stare imunodepresivă* (imunosupresivă) a organismului, stare ce survine în cursul altor boli care afectează sistemul de apărare imunologică (boala Hodgkin, leucemii leucemice, unele cancere ale organelor leucohematoformatoare) sau după administrarea unor medicamente imunosupresoare (citostatice, cortizon şi derivaţi, ser antilimfocitar), inclusiv al unor iradieri cu raze X sau cobalt. S-a mai constatat că cele mai severe complicaţii ale zonei zoster se produc tocmai la astfel de pacienţi cu stare imunodepresivă, în particular la aceia cărora li s-au practicat transplante renale şi cardiace, ei fiind supuşi, după cum se ştie, unei terapii imunosupresive pentru prevenirea „rejetului" (fenomenului „de respingere").

Tabloul clinic al zonei zoster este destul de caracteristic şi diagnosticul se pune relativ uşor, adesea chiar de către pacient. Dificultăţi survin numai în cazurile în care durerea sau senzaţia de arsură – mai rar mîncărime –, care constituie primul şi cel mai neplăcut simptom, precede cu multe zile (uneori pînă la 2 săptămîni) apariţia erupţiei. În astfel de cazuri anticiparea unei zone zoster nu poate fi decît prezumtivă. Diagnosticul se elucidează odată cu erupţia veziculară, precedată de plăci roşii, uşor reliefate, pe care în orele sau zilele următoare se grefează buchete constituite din vezicule turtite, cu conţinut seropurulent, adiacente, în număr variabil, dispuse de regulă în bandă discontinuă, pe traseul unui nerv periferic senzorial, cel mai adesea pe cel intercostal, iar la vîrstnici pe cel oftalmic (una din cele 3 ramuri ale nervului trigemen). În majoritatea cazurilor erupţia se însoţeşte de o inflamaţie uşor dureroasă a ganglionilor sateliţi ariei afectate. O formă clinică mai rar întîlnită, cunoscută sub denumirea de *sindrom Ramsay-Hunt*, constă în asocierea unei zone zoster a urechii externe şi (sau) membranei timpanului, cu paralizie facială, ţiuituri, vertije şi surzenie, rezultînd din atingerea nervilor facial şi auditiv.

Există şi alte forme de zona zoster severe sau complicate, la subiecţii cu imunodepresie, cel mai adesea vîrstnici.

a. *Zona zoster hemoragică şi (sau) necrotică*, în care veziculele confluate conduc la ulceraţii întinse şi adînci, dureroase, acoperite de cruste greu vindecabile.

b. *Zona zoster oftalmică*, cu atingerea corneei, soldîndu-se cu ulceraţii şi cicatrice care pot produce serioase tulburări ale vederii.

c. *Zona zoster cu leziuni generalizate*, răspîndite pe întreg tegumentul.

d. *Meningoencefalita*, cu frecvent sfîrşit mortal.

O complicaţie frecventă care survine cu predilecţie la vîrstnici, fiind rebelă la diferitele tratamente utilizate, o constituie „durerea postzosteriană" ; aceasta este permanentă sau discontinuă, „capricioasă", adesea influenţată de schimbări meteorologice. Durerile postzosteriene se explică, ca dealtminteri însăşi durerea din cursul evoluţiei bolii propriu-zise, prin leziunile inflamatorii şi degenerative, pe care virusul le produce prin multiplicarea sa în interiorul celulelor nervoase senzoriale ale ganglionilor spinali şi ramurilor senzoriale eferente ale nervilor care pleacă de la aceşti ganglioni către periferie, generînd secundar vezicule la nivelul pielii supraiacente. Cît priveşte infecţia primară a organismului cu virusul varicelo-zanatos, ea se produce după modelul aceleia din herpesul banal ; pătrunderea virusului se face prin mucoasa nazo-faringiană, de unde este vehiculat pe cale sanguină şi limfatică pînă la celulele senzoriale ale ganglionilor nervoşi spinali şi ramurile senzitive ale acestora unde, datorită reacţiei imunitare a organismului, rămîn în stare latentă, devenind virulenţi în condiţiile mai sus-amintite. Dealtminteri prezenţa virusului a putut fi pusă în evidenţă în aceste celule, ca şi în acelea ale epidermei din vezicule, cu ajutorul microscopiei electronice.

Pentru diagnosticul de laborator al zonei zoster mai pot fi folosite : citodiagnosticul extemporaneu al lui Tzanck, examenul histologic şi serologic şi imunofluorescenţa directă, ultimele două de mare specificitate, dar rar utilizate în practică, diagnosticul făcîndu-se clinic.

Tratamentul zonei zoster este mixt, general şi local ; cel general este indispensabil în formele întinse, severe, şi la vîrstnici, şi va fi cît mai precoce instituit, pentru a se opri leziunile degenerative ale celulelor nervoase; el constă în administrarea de antibiotice, ca Rifampicina care, în doze de 600–900 mg/zi, timp de 7 zile, oferă rezultate foarte prompte. Au mai fost utilizate : imunoglobuline antivaricela-zoster, Interferonul şi, mai recent, preparatul „Aciclovir". Rezultate bune, dar comportînd unele riscuri de reacţii adverse, au fost obţinute (confirmate şi prin experienţă personală) cu substanţe chelatoare. Pentru dureri se vor utiliza diverse medicaţii antiinflamatoare şi antalgice sau antihistaminice. Preparatele cortizonice sînt utilizate de obicei numai în formele severe ale zonei oftalmice şi în durerile postzonatoase, în care mai este indicată şi vitamina E (200–300 mg/zi).

Pentru împiedicarea şi ameliorarea leziunilor degenerative se vor administra vitamine neurotrofe, ca B_1 şi B_6, în cure prelungite.

Tratamentul local este variat. Dintre diferitele medicaţii sau metode, sînt de reţinut : iradierile cu raze ultraviolete, adesea cu rezultate foarte bune, în faza de debut a erupţiei, aplicaţii de unguente, creme sau soluţii conţinînd substanţe antivirale, ca Inoxiuridina, în concentraţii variind de la 5 la 40% (recent incorporată în Dimetilsulfoxid, substanţă care facilitează pătrunderea rapidă a IDU). În prima fază a erupţiei mai pot fi aplicate : alcool 90° în atingeri repetate, de mai multe ori pe zi, sau sprayuri cu hidrocortizon. Nu sînt indicate unguente cu corticoizi fluorinaţi, ca Fluocinolon, Pivalatul de flumetazon (Locacorten), Triamcinolon sau Ultralan, care pot favoriza multiplicarea virusului.

Pentru durerile postzonatoase persistente se va putea recurge la radiaţii cu raze X (antiinflamatorii), infiltraţii locale cu xilină, apă distilată, Boicil (ser).

La bolnavii imunologic deficitari, preventiv s-a preconizat imunoterapia stimulantă nespecifică cu vaccinuri BCG, *Corynebacterium parvum* ş.a.

Zona zoster este o boală virală care, dacă este atacată în primele zile de la debut, beneficiază de majoritatea medicaţiilor menţionate, remisiunile fiind obţinute în intervale scurte de timp şi fără urmări, în special fără dureri „postzonatoase", atît de supărătoare, persistente şi rezistente la diferitele terapii aplicate, mai ales cînd este vorba de vîrstnici.

Sport și... zîmbete

Asistînd la un meci de rugbi, un spectator, suferind de... mania persecuției, îi spune vecinului său de bancă :

– Îi vezi pe ăia din grămadă ?

– Da ! Ce-i cu ei ?

– Pariez că în clipa asta s-au strîns așa ca să mă bîrfească !

●

– *Brecht ?* Unde am mai auzit eu expresia asta ? În box sau în tenis ?

– Vrei să joci în echipa noastră ?

– Da, dar nu prea am habar de fotbal !

– Bine, atunci vei fi arbitru.

●

– Vasilescule, peste 10 minute începe finala cursei de 100 metri. Faci o fotografie cu startul cursei, apoi fugi în partea cealaltă și faci și una cu sosirea.

– Spune-mi, Gigi, ai luat examenul de conducere ? !

– Încă nu știu. Cînd am plecat de acolo instructorul era tot leșinat.

●

Doi tineri căsătoriți, plecați la munte să schieze, coboară din tren :

– Dane, – spune tînăra soție, – aș vrea să ne purtăm, în așa fel, ca lumea să creadă că sîntem căsătoriți de mult.

– Bine, dragă ! Atunci ia tu bagajele.

CULESE ȘI SELECTATE DE : I. MURGAN

Reflecții medicale

- Bunătatea și mărinimia medicului sînt unul din mijloacele de tratament al bolnavilor !
- Speranța este medicul cel mai bun din lume !
- Viața este mult prea scurtă pentru a putea înfăptui tot ceea ce dorești !

PIA HAȚEGAN

- Ai sănătate, ai totul ; nu ai sănătate nu ai nimic !
- Vîrsta nu ucide dorințele, ci disponibilitățile omului !
- Timpul este medicul cel mai bun al bolilor sufletești !
- Înfruntă boala de îndată ce se ivește, nu o lăsa să prindă rădăcini !
- Ce poate fi pentru un bolnav medicamentul cel mai bun, pentru altul poate fi otravă !

Proverbe medicale românești

- Bolnavul multe zice, doftorul face ce știe !
- Răbdarea este cea mai bună doftorie !
- Moartea este mai aproape decît cămașa!
- Boala și sărăcia nu le poți ascunde !
- Rana trebuie văzută ca să-i dai leac !

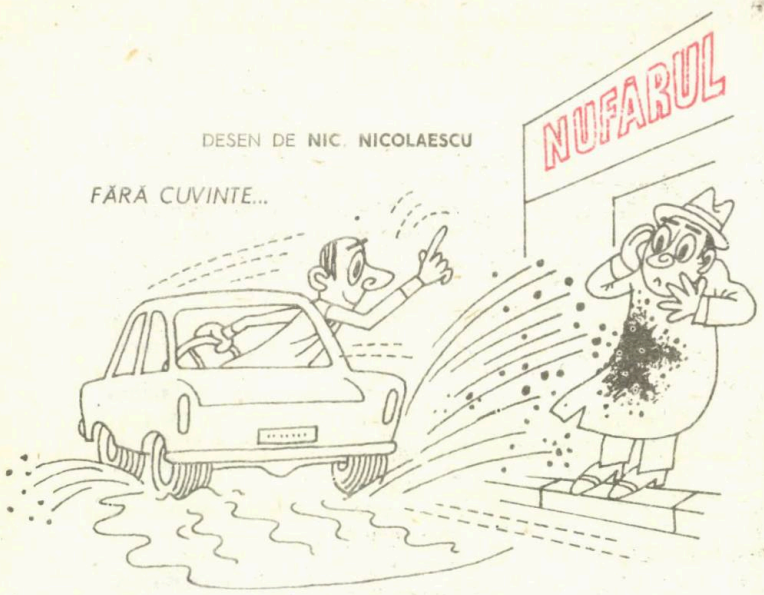
CULESE ȘI SELECTATE DE :
PIA HAȚEGAN

FĂRĂ CUVINTE...

DESENE DE **NIC. NICOLAESCU**

DESEN DE NIC. NICOLAESCU

FĂRĂ CUVINTE...



MEDICI ȘI PACIENȚI

MEDICUL : — *Îmi pare rău, domnule, dar o vindecare a bolii de ficat este posibilă numai dacă renunțați la alcool !...*
PACIENTUL : — *Deci, domnule doctor, este o boală incurabilă !*

O fată bătrînă se duce la un psihiatru și îi cere să-i dedubleze personalitatea.
— Dar pentru ce ? — o întreabă medicul curios.
— Domnule doctor, trebuie să mă înțelegeți, mă simt atît de singură !...

— Bucură-te, Costele, — spune doctorul, — ai doi gemeni ! — Minunat, domnule doctor ! Vă rog să nu-i spuneți soției ! Vreau să-i fac o surpriză !

PACIENTUL : — *Domnule doctor, nu măseaua asta trebuie scoasă !*
DOCTORUL : — *Răbdare, răbdare, ajungem noi și la aceea !*

PACIENTUL : — *Doctore, sînt foarte îngrijorat ! Nimeni nu vrea să vorbească cu mine !*
MEDICUL : — *Următorul, vă rog !*

MEDICUL : — *Fi atent, tabletele sînt pentru stomac, siropul pentru ficat și fiolele pentru nervi !*
PACIENTUL : — *Da' de unde știu ele unde să se ducă după ce ajung înăuntru ?*

CULESE ȘI SELECTATE DE :
I. MURGAN

Rezolvarea jocurilor rebusiste

LA VÎRSTA A TREIA

Claudel ; casa ; Beauvoir ; F.B. ; v ; r ; moșnegi ; ogivă ; Aragon ; Irai ; Unan ; șa ; cinci ; Gigi ; t ; ug ; Olme ; Andu ; Locle ; le ; șir ; Ero ; Adela ; ba ; sezon ; semnal ; c ; Irak ; Năică ; Utan ; France.

FEBRE

Temperatură ; E. Lovinescu ; R.V. ; Pintică ; Mox ; Atena ; t ; oseină ; Atbo ; Mina ; sg. ; Aim ; Előre ; ra ; Aa ; tef ; frison ; r ; om ; an ; aci ; Unn ; Tudoran.

NOTE DE LECTOR

Simion ; Noica ; Aneofita ; Iut ; Leonte ; Vilma ; A.V. ; Mircea ; P.V. ; Isac ; G.T. ; mai ; eterat ;

PROTEINA : Albumina.

STOMATOLOGICĂ : Dinte incisiv.

LA FARMACIE I : Dozare.

LA FARMACIE II : Piramidoane.

ANATOMICĂ I : Spinare.

ANATOMICĂ II : Plămîn.

A.E. ; T.S. ; mari ; E.F. ; Nu ; M ; A.B. ; Nao ; carte ; Nicandru ; M.A. ; Dlo ; Cojocaru ; ierbar ; nisip.

MATERNITATE

Dumas ; Rodin ; Aman ; Bălașa ; nașteri ; tei ; Niobe ; Hera ; Renn ; abis ; d ; e ; a ; uzat ; ce ; N.S. ; n ; un ; 10 ; Aurel ; ceapă ; sg. ; tuci ; pic ; tare ; Ilitia ; ereditate ; r.

PLANTE MEDICINALE

Ciubotica ; cuc ; ierburi ; Diana ; apă ; ta ; măcieș ; nuca ; inimos ; t ; U.R.H. ; asir ; aere ; Răicuț ; tan ; o ; as ; amar ; zeamă ; ială ; Emi ; mac ; m ; ne ; ocult ; n.r. ; ața ; apis ; abia ; țișnit ; ținut ; ușo ; vitaminat ; răni ; Corina ; u.

COLI TIPAR — 12
BUN DE TIPAR LA 17.11.1984
IMPRIMAT LA COMBINATUL POLIGRAFIC „CASA SCÎNTEII", BUCUREȘTI, PIAȚA SCÎNTEII, NR. 1

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

LEI 25

EDITURA MEDICALĂ